



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

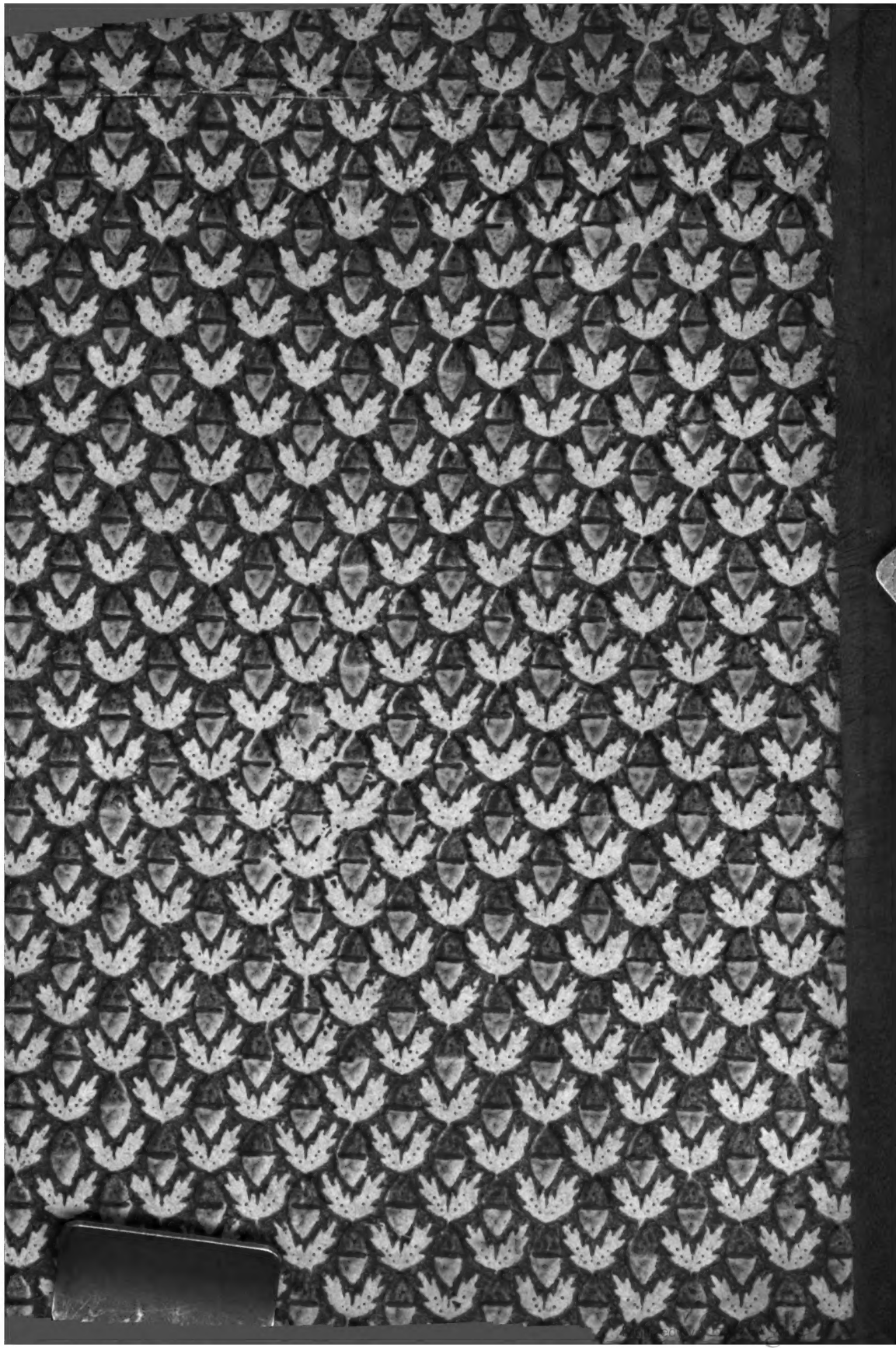
We also ask that you:

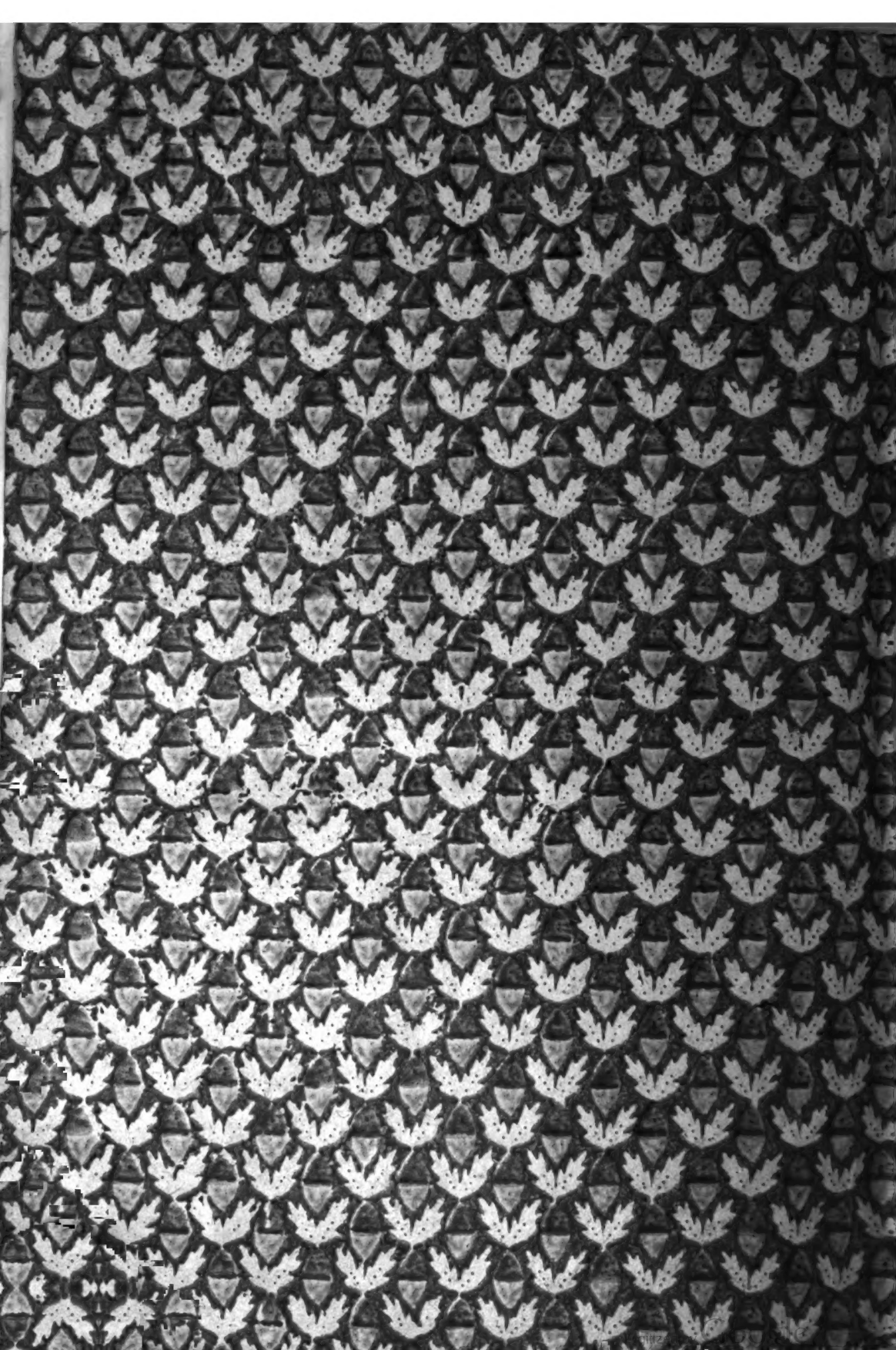
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

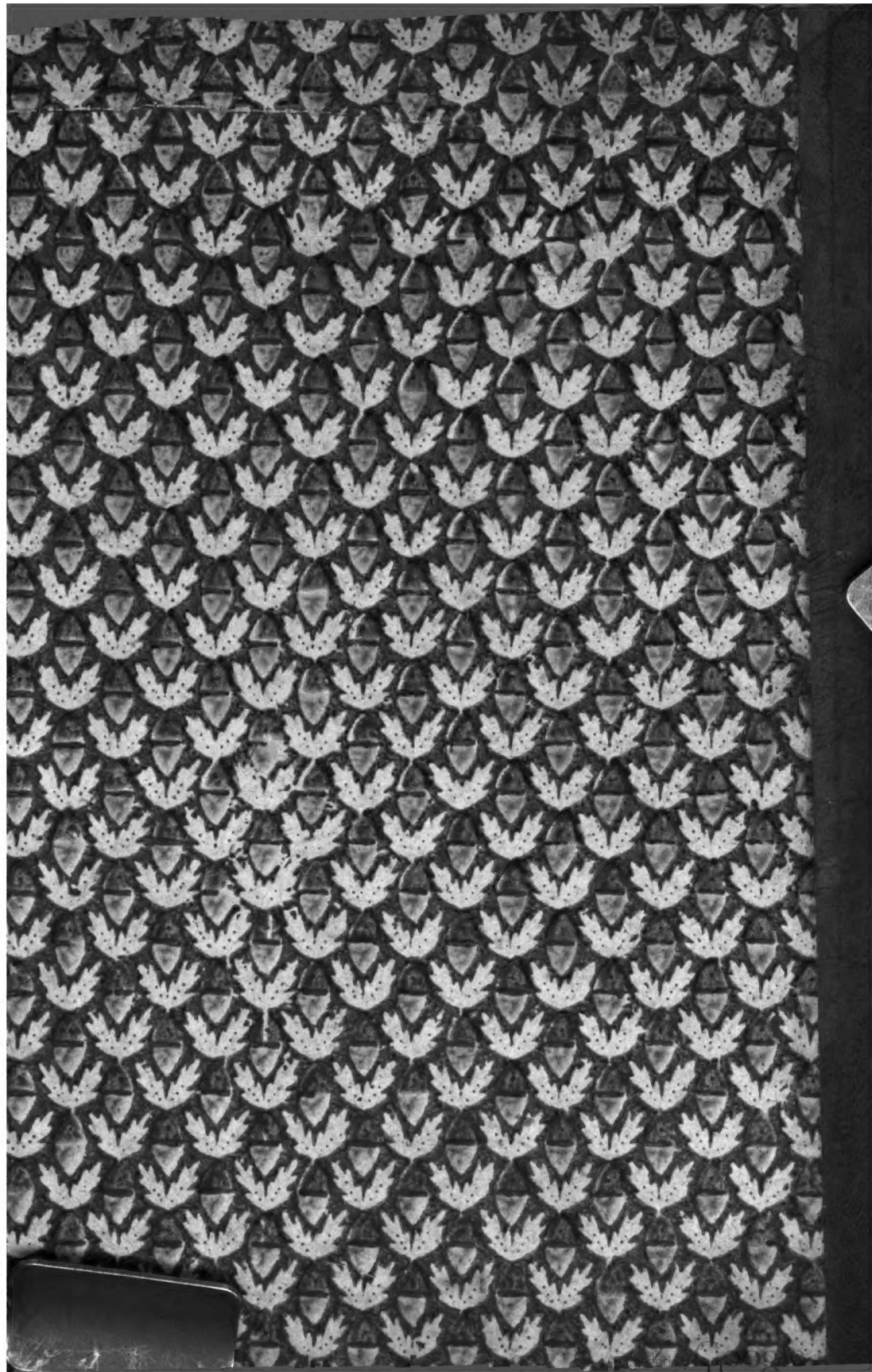
About Google Book Search

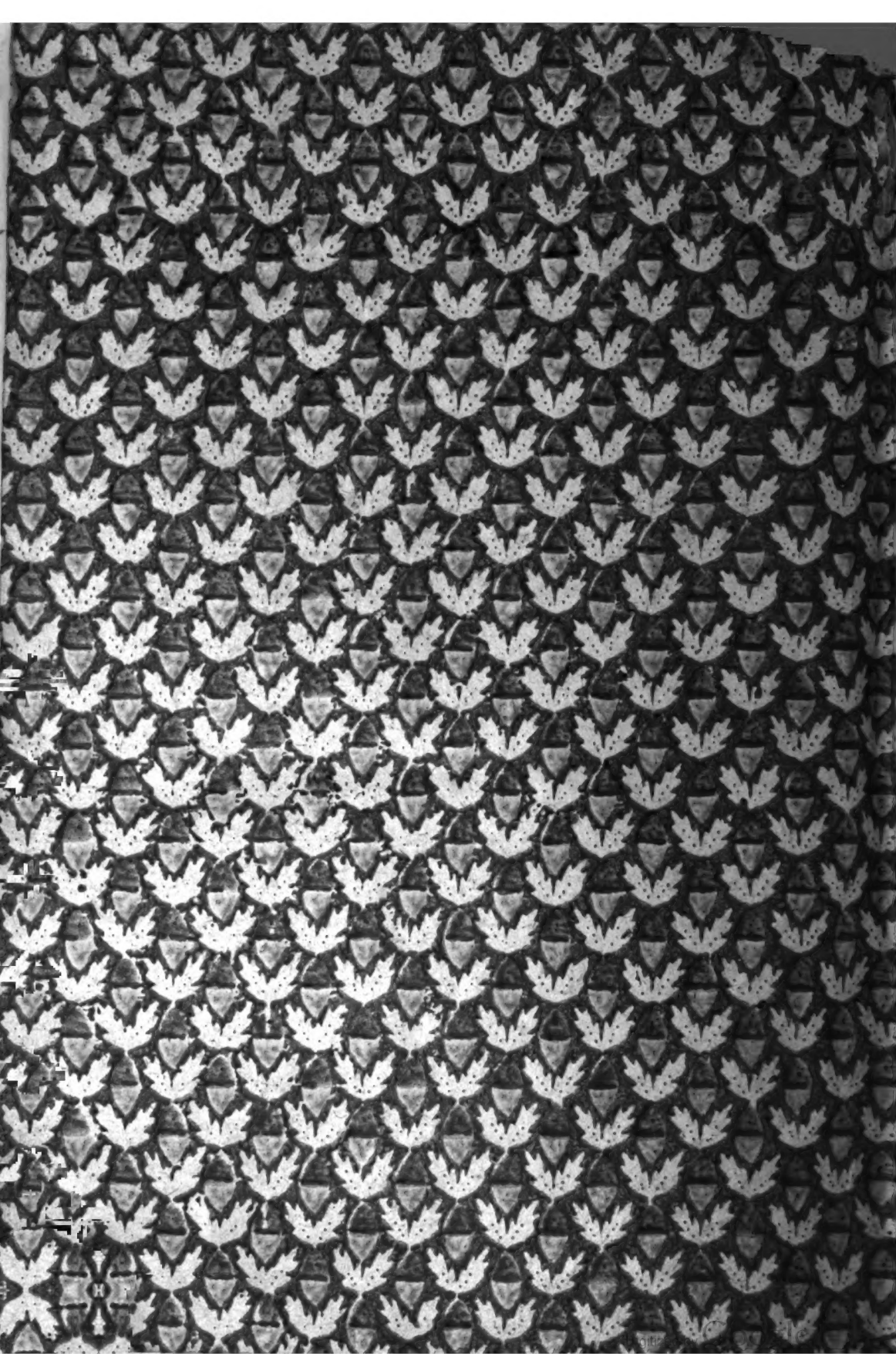
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



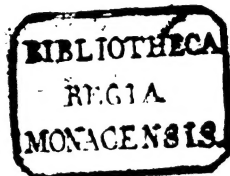








الرشيد - محمد حسن
نزهة الأحياء في صدارة الأحياء



فهرسة مرتبة على نسق ترتيب الكتاب

صفحة	
٥	مقدمة
١٠	الكتاب الاول في امراض الاطفال
	الجزء الاول في دراسة الظاهرات التي تظهر بالبحث في ظاهرات الاطفال
١٠	وفيه ٨ ابواب
١٠	الباب الاول في هيئة الطفل
١٣	الباب الثاني في لون الجلد
١٥	الباب الثالث في سقوط الحبييل السرى وفيه ٣ فصول
١٥	الفصل الاول في جفاف الحبييل السرى
٢١	الفصل الثاني في سقوط الحبييل السرى
٢٧	الفصل الثالث في التحام السرة
٣٠	الباب الرابع في قفلس البشرة اى تقشرها
٣٦	الباب الخامس في قامة الطفل ووزنه
٣٨	الباب السادس في وسائط بيان احوال الطفل وفيه فصلان
٣٨	الفصل الاول في الصباح معتبرا كونه علامة وفيه ٣ مباحث
٣٨	المبحث الاول في تفصيل الصباح وتحليله
٤١	المبحث الثاني في اسباب هيئة الصباح
٤٤	المبحث الثالث في انواع صباح المولودين وفيه ٣ مطالب
٤٥	المطلب الاول في تنوع الصباح بحسب الهيئة
٤٧	المطلب الثاني في تنوع الصباح باعتبار نغمته
٥٠	المطلب الثالث في تغير الصباح باعتبار المدة
٥١	الفصل الثاني في هيئة السحنة
٥٥	الباب السابع في حالة تبض الاطفال
٥٨	الباب الثامن في ضعف المولود

صنيفه

- الجزء الثاني في شرح الامراض على الخصوص وفيه ١٧ بابا ٦٢
- الباب الاول في امراض الجلد والمنسوج الخلوى وفيه ٦ فصول ٦٣
- الفصل الاول في عيوب التكون والامراض الخلقية في الجلد وفيه
- ٤ مباحث ٦٣
- المبحث الاول في غيبوبة الجلد من اصله ٦٣
- المبحث الثاني في الزوائد الجلدية والتؤلولية ونحوها كالشعر وغيره ٦٧
- المبحث الثالث في تغيرات لون الجلد ٧٠
- المبحث الرابع في الوحات الامية ٧٢
- الفصل الثاني في امراض الجلد الغير الالتهابية التي توجد مدة الولادة
- او بعدها وفيه ٥ مباحث ٧٤
- المبحث الاول في الكدم ٧٧
- المبحث الثاني في ورم فروة الرأس ٧٨
- المبحث الثالث في سيفالمايوم ٨٠
- المبحث الرابع في هرس بعض اجزاء من الطفل ساعة الولادة ٨٢
- المبحث الخامس في النمش في الاطفال المولودين ٨٢
- الفصل الثالث في التهابات الجلد الخلقية ٨٥
- الفصل الرابع في التهابات الجلدية التي تظهر بعد الولادة وفيه جدولان ٨٧
- الجدول الاول في اجناس التهابات الجلدية ٨٨
- الجدول الثاني في انواع تلك الاجناس ٩٠
- الفصل الخامس في امراض الاجربة الدهنية الجلدية ١٠٣
- الفصل السادس في امراض المنسوج الخلوى وفيه مجثمان ١٠٨
- المبحث الاول في التهاب المنسوج الخلوى ١٠٨
- المبحث الثاني في اوزعما المنسوج الخلوى في المولودين اى تيمسه ١٠٩
- الباب الثاني في امراض الجهاز الهضمي وفيه ٤ اقسام ١٢٦

فهرسة مرتبة على نسق ترتيب الكتاب

صفحة	مقدمة
٥	
١٠	الكتاب الاول في امراض الاطفا
	الجزء الاول في دراسة الظاهرات التي تظهر بالبحث في ظاهرات الاطفال
١٠	وفيه ٨ ابواب
١٠	الباب الاول في هيئة الطفل
١٣	الباب الثاني في لون الجلد
١٥	الباب الثالث في سقوط الحبييل السرى وفيه ٣ فصول
١٥	الفصل الاول في جفاف الحبييل السرى
٢١	الفصل الثاني في سقوط الحبييل السرى
٢٧	الفصل الثالث في التحام السرة
٣٠	الباب الرابع في فليس البشرة اى تقشرها
٣٦	الباب الخامس في قامة الطفل ووزنه
٣٨	الباب السادس في وسائط بيان احوال الطفل وفيه فصلان
٣٨	الفصل الاول في الصياح معتبرا كونه علامة وفيه ٣ مباحث
٣٨	المبحث الاول في تفصيل الصياح وتحليله
٤١	المبحث الثاني في اسباب هيئة الصياح
٤٤	المبحث الثالث في انواع صياح المولودين وفيه ٣ مطالب
٤٥	المطلب الاول في تنوع الصياح بحسب الهيئة
٤٧	المطلب الثاني في تنوع الصياح باعتبار نفغته
٥٠	المطلب الثالث في تغير الصياح باعتبار المدة
٥١	الفصل الثاني في هيئة السحنة
٥٥	الباب السابع في حالة تبعض الاطفال
٥٨	الباب الثامن في ضعف المولود

محتوى

- الجزء الثانى فى شرح الامراض على الخصوص وفيه ١٧ بابا ٦٢
- الباب الاول فى امراض الجلد والمنسوج الخلوى وفيه ٦ فصول ٦٣
- القصل الاول فى عيوب التكون والامراض الخلقية فى الجلد وفيه
- ٤ مباحث ٦٣
- المبحث الاول فى غيبوبة الجلد من اصله ٦٣
- المبحث الثانى فى الزوائد الجلدية والتولوية ونحوها كالشعر وغيره ٦٧
- المبحث الثالث فى تغيرات لون الجلد ٧٠
- المبحث الرابع فى الوحات الامية ٧٢
- القصل الثانى فى امراض الجلد الغير الالتهابية التى توجد مدة الولادة
- او بعدها وفيه ٥ مباحث ٧٧
- المبحث الاول فى الكدم ٧٧
- المبحث الثانى فى ورم فروة الرأس ٧٨
- المبحث الثالث فى سيفالمايوم ٨٠
- المبحث الرابع فى هرمس بعض اجزاء من الطفل ساعة الولادة ٨٢
- المبحث الخامس فى النمش فى الاطفال المولودين ٨٢
- القصل الثالث فى التهابات الجلد الخلقية ٨٥
- القصل الرابع فى التهابات الجلدية التى تظهر بعد الولادة وفيه جدولان ٨٧
- الجدول الاول فى اجناس التهابات الجلدية ٨٨
- الجدول الثانى فى انواع تلك الاجناس ٩٠
- القصل الخامس فى امراض الاجربة الدهنية الجلدية ١٠٣
- القصل السادس فى امراض المنسوج الخلوى وفيه مجثمان ١٠٨
- المبحث الاول فى التهاب المنسوج الخلوى ١٠٨
- المبحث الثانى فى اوذيم المنسوج الخلوى فى المولودين اى تيبسه ١٠٩
- الباب الثانى فى امراض الجهاز الهضمى وفيه ٤ اقسام ١٢٦

مصحفه

- ١٢٨ القسم الاول في امراض القم وفيه ٤ فصول
- ١٢٨ الفصل الاول في عيوب التكون وفيه ٥ مباحث
- ١٢٨ المبحث الاول في عدم وجود القم
- ١٢٩ المبحث الثاني في انسداد القم
- ١٣٠ المبحث الثالث في العلم بفتح اللام وانفصال قبوة الحنك واللهاة
- ١٤٦ المبحث الرابع في انقسام اللهاة وعمليتها
- ١٥٦ المبحث الخامس في امور خلقية غير اعتيادية توجد في القم
- ١٥٩ الفصل الثاني في الاحتمانات الضعفية في القم
- ١٦٠ الفصل الثالث في الالتهابات في القم وفيه ٧ مباحث
- ١٦٠ المبحث الاول في الالتهاب القمي عموما
- ١٦١ المبحث الثاني في الالتهاب القمي الاريتيماوي اى القلاع الاريتيماوي
- ١٦٢ المبحث الثالث في الالتهاب القمي مع تغير في الافراز (موجيت)
- ١٧١ المبحث الرابع في الالتهاب القمي الجرابي (قلاع)
- ١٧٩ المبحث الخامس في الالتهاب القمي التقرحي
- ١٨٠ المبحث السادس في الالتهاب القمي البثري
- ١٨١ المبحث السابع في الالتهاب القمي الغنغري
- ١٩٠ الفصل الرابع في امراض الاجزاء المحوية في القم وفيه ٥ مباحث
- ١٩٠ المبحث الاول في الالتهاب اللساني
- ١٩١ المبحث الثاني في التسنين وامراضه وفيه مقالتان
- ١٩٨ المقالة الاولى في الظاهرات الاعتيادية للتسنين وفيها مطلبان
- ١٩٨ المطلب الاول في الظاهرات الاعتيادية للتسنين الاول
- ٢٠٠ المطلب الثاني في الظاهرات الاعتيادية للتسنين الثاني
- ٢٠١ المقالة الثانية في الظاهرات المرضية للتسنين وفيها مطلبان
- ٢٠١ المطلب الاول في الظاهرات المرضية للتسنين الاول

صنيفه

٢٠٨ المطلب الثاني في الظاهرات المرضية للتسنين الثاني

٢٠٩ المبحث الثالث في امراض التسنين والثثة

٢١٣ المبحث الرابع في امور غير اعتيادية في الاسنان

٢٢٩ المبحث الخامس في امراض الغدد اللعابية

القسم الثاني في امراض الجزء الخلفي من القناة الهضمية وفيه

٢٣١ ٣ فصول

٢٣١ الفصل الاول في عيوب التكون في تلك الاجزاء

٢٣٢ الفصل الثاني في الاحتقان الدموي في اعضاء الازدراد

٢٣٣ الفصل الثالث في التهاب هذه الاعضاء وفيه ٤ مباحث

٢٣٣ المبحث الاول في التهاب اللهاوي

٢٣٦ المبحث الثاني في التهاب اللوزي

٢٤٣ المبحث الثالث في التهاب البلعوي

٢٥٠ المبحث الرابع في الذبحة الغلالية او الغشائية

٢٦٩ القسم الثالث في امراض المري وفيه ٣ فصول

٢٦٩ الفصل الاول في عيوب تكون المري وفيه مبحثان

٢٧٠ المبحث الاول في عدم وجود المري او عدم اتصاله بالمعدة

٢٧٢ المبحث الثاني في تغيرات في المري نشأت مدة الحياة داخل الرحم

٢٧٥ الفصل الثاني في التهاب مري المولودين

٢٧٥ الفصل الثالث في امراض المري التي تظهر بعد الولادة

القسم الرابع في امراض جزء القناة الهضمية الموضوع تحت

٢٨٧ الحجاب الحاجز وفيه فصلان

٢٨٨ الفصل الاول في امراض المعدة وفيه ٣ مقالات

٢٨٨ المقالة الاولى في عيوب التكون اي امور غير اعتيادية في المعدة

٢٨٩ المقالة الثانية في امراض المعدة التي تظهر مدة الحياة داخل الرحم

صحيحة

- ٢٩٣ المقالة الثالثة في امراض المعدة التي تظهر بعد الولادة وفيها مبحثان
- ٢٩٤ المبحث الاول في تكدر الهضم المعدي (اي التخمرة)
- ٢٩٨ المبحث الثاني في آفات المعدة مع تكدر وظائفها او بدونه وفيه مطلبان
- ٢٩٩ المطلب الاول في الاحتقانات المعدية
- ٣٠١ المطلب الثاني في الالتهابات المعدية وفيه ٤ انواع
- ٣٠٢ النوع الاول الالتهاب المعدي الاريتماوى
- النوع الثانى الالتهاب المعدي مع تنوع في الافراى موجبت المعدة ٣٠٥
- ٣١١ النوع الثالث الالتهاب المعدي الجرابى
- ٣١٣ النوع الرابع الالتهاب المعدي مع فساد المنسوج
- ٣٢٤ خاتمة في علاج الالتهاب المعدي عموما
- ٣٢٧ الفصل الثانى في امراض القناة المعوية وفيه مقالتان
- المقالة الاولى في الامراض الخلقية في القناة المعوية وفيه
- ٣٢٧ ٣ مباحث
- ٣٢٨ المبحث الاول في نمو القناة المعوية
- ٢٣٤ المبحث الثانى في عيوب تكون القناة المعوية وفيه مطلبان
- ٣٣٦ المطلب الاول في انسداد الشرج
- ٣٤٣ المطلب الثانى في الشرج الغير الطبيعى الخلقى
- ٣٤٩ المبحث الثالث في احتقان القناة المعوية
- المقالة الثانية في امراض القناة المعوية التي تظهر بعد الولادة وفيها
- ٣٥٥ ٧ مباحث
- ٣٥٥ المبحث الاول في سوء الهضم المعوى
- ٣٦٢ المبحث الثانى في تغمد الامعاء اى تدخلها في بعضها
- ٣٦٥ المبحث الثالث في التهاب القناة المعوية وفيه مطلبان
- ٣٦٥ المطلب الاول في الالتهاب المعوى مدة الحياة داخل الرحم

صحيحة

- المطلب الثاني في التهاب القناة المعوية بعد الولادة وهو انواع
 ٣٦٨ النوع الاول التهاب المعوى الارزيمياوى
 ٣٦٩ النوع الثانى التهاب المعوى مع تغير فى الافراز (موجيت الامعاء)
 ٣٧٣ النوع الثالث التهاب المعوى الحلى والجرايى
 ٣٧٥ النوع الرابع التهاب المعوى مع فساد فى المنسوج
 ٣٩٢ المبحث الرابع فى تشجات الامعاء
 ٤٠٠ المبحث الخامس فى اللين الابيض فى الغشاء المخاطى المعدى المعوى
 ٤٠٢ المبحث السادس كلام عام فى اعراض القناة الهضمية وفيه ٣ مطالب
 ٤٠٧ المطلب الاول فى نظر عقلى فى الاعراض الرئيسة لامراض القناة
 الهضمية
 ٤٠٧ المطلب الثانى فى الاعراض السببانية للامراض المعوية
 ٤١٤ المبحث السابع فى الديدان المعوية
 ٤١٤ الباب الثالث فى امراض متعلقات القناة المعوية وفيه فصلان
 ٤٣٩ الفصل الاول فى نمو الكبد وعيوب تكونها
 ٤٣٩ الفصل الثانى فى امراض الكبد وفيه مجثنان
 ٤٤٠ المبحث الاول فى الامراض الخلقية فى الكبد
 ٤٤٠ المبحث الثانى فى الامراض الكبدية التى تظهر بعد الولادة وفيه
 ٤ مطالب
 ٤٤١ المطلب الاول فى احتقان الكبد
 ٤٤١ المطلب الثانى فى التهابات الكبد فى الاطفال
 ٤٤٢ المطلب الثالث فى احوال مختلفة للكبد معتبرة بالنسبة لصفة الصفراء
 ٤٤٢ المطلب الرابع فى حالة الكبد وصفات الصفراء بالنسبة للاسهالات
 المعوية
 ٤٤٤ الباب الرابع فى امراض الجهاز البولى وفيه ٣ فصول
 ٤٤٩

مضمينه

- ٤٤٩ الفصل الاول في نمو الجهاز البولي
- ٤٥٠ الفصل الثاني في عيوب تكون الاعضاء البولية
- ٤٦٣ الفصل الثالث في امراض الجهاز البولي
- ٤٦٦ الباب الخامس في الالتهاب البريتوني وفيه فصلان
- ٤٦٦ الفصل الاول في الالتهاب البريتوني الخلقى
- ٤٦٨ الفصل الثاني في الالتهاب البريتوني الظاهر بعد الولادة
- ٤٧٢ الباب السادس في الاستسقاء
- ٤٧٤ الباب السابع في فتوق البطن وفيه ٣ فصول
- ٤٧٤ الفصل الاول في الفتق السرى وفيه مجئان
- ٤٧٦ المبحث الاول في الفتق السرى الخلقى
- ٤٧٧ المبحث الثاني في الفتق السرى العارضى للاطفال
- ٤٨١ الفصل الثاني في الفتق الاربى وهو نوعان
- ٤٨٣ النوع الاول الفتق الاربى الوحشى النطقى
- ٤٨٦ النوع الثانى الفتق الاربى الانسى
- ٤٩١ الفصل الثالث في سقوط المستقيم
- ٤٩٩ الباب الثامن في امراض الجهاز التنفسى وفيه ٣ اقسام
- ٤٩٩ القسم الاول في امراض الانف والحفر الانفية وفيه ٣ فصول
- ٤٩٩ الفصل الاول في النمو وعيوب التكون في الانف والحفر
- ٥٠٢ الفصل الثانى في الامراض التى تظهر بعد الولادة في الانف والحفر
- ٥٠٢ الفصل الثالث في زكام المولودين
- ٥٠٩ القسم الثانى في امراض الحنجرة وفيه ٣ فصول
- ٥٠٩ الفصل الاول في نمو هذه الاعضاء وعيوب تكونها
- الفصل الثانى في الامراض التى تظهر قبل الولادة ومعها في الحنجرة
- ٥١٠ والقصة

صحيفه

الفصل الثالث في الامراض التي تظهر بعد الولادة في هذه الاعضاء

٥١١

وفيه ٥ مباحث

٥١١

المبحث الاول في احتقان الخنجرية

٥١١

المبحث الثاني في التهاب الخنجرية المسماة بالذبحة الخنجرية

٥١٦

المبحث الثالث في الخناق اى الذبحة مع تغير في الافراز

٥٤٠

المبحث الرابع في الذبحة الاوذيمياوية

٥٤٢

المبحث الخامس في ضخامة الغدة الدرقية في المولودين

القسم الثالث في امراض الجزء الصدرى من الجهاز التنفسى وفيه

٥٤٣

٥ فصول

٥٤٣

الفصل الاول في نمو هذه الاعضاء

٥٤٧

الفصل الثانى في عيوب تكون هذه الاعضاء

الفصل الثالث في امراض البلورا والرئين والشعب قبل الولادة

٥٥٠

وفيه مجتئان

٥٥٠

المبحث الاول في الالتهاب الخلقي في البلورا والرئة

المبحث الثانى في امراض الرئين والبلورا الناشئة مدة الولادة

٥٥٤

او بعدها وفيه ٧ مطالب

٥٥٤

المطلب الاول في فقد التنفس او عدم كماله

٥٥٥

المطلب الثانى في الاسفكسيا التنفسية

٥٥٨

المطلب الثالث في الاحتقانات الرئوية

٥٦٠

المطلب الرابع في السكتة الرئوية

٥٦٣

المطلب الخامس في الالتهاب الرئوى اى ذات الرئة

٥٧٦

المطلب السادس في الالتهاب الشعبى اى التزلة الشعبية

٥٨٣

المطلب السابع في الالتهاب البلوراوى

٥٩٦

الفصل الرابع في اوذيميا الرئين

صحيفه

٥٩٨

الفصل الخامس في السعال الكلبي

٦٠٧

الباب التاسع في امراض الجهاز الدورى وفيه ٣ فصول

٦٠٧

الفصل الاول في نمو هذه الاعضاء وعيوب التكون فيها

٦١١

الفصل الثانى في عيوب الدورة القائمة بذاتها وفيه مجثمان

٦١٢

المبحث الاول في انسداد القهجات الجنينية

٦١٢

المبحث الثانى في كيفية انسداد القهجات الجنينية ونتائج

الفصل الثالث في امراض القلب والاوعية الغليظة وفيه ٣

٦١٦

مباحث

٦١٦

المبحث الاول في آفات هذه الاعضاء وفيه ٤ مطالب

٦١٦

المطلب الاول في السيانوز اى الداء الازرق

٦٢٣

المطلب الثانى في انورسما القلب اى اتساع تجاويه

٦٢٦

المطلب الثالث في انورسما القناة الشريانية

٦٢٧

المطلب الرابع في التهاب القلب والاوعية الغليظة

٦٢٨

المبحث الثانى في التهاب التامور

٦٣٢

المبحث الثالث في امراض الغدة تيموس

٦٣٧

الباب العاشر في امراض الجهاز الحى الشوكى وفيه ٣ فصول

٦٣٧

الفصل الاول في نمو النخاع الشوكى والنخ

الفصل الثانى في عيوب التكون فى المجموع الحى الشوكى

٦٤٣

وفيه ٦ مباحث

٦٤٣

المبحث الاول في عيوب النخاع

٦٤٤

المبحث الثانى في اسيفاليا (عدم الرأس)

٦٥٤

المبحث الثالث في انسيفاليا (عدم المخ)

٦٦٦

المبحث الرابع في ادروسيفاليا (الاستسقاء الدماخى) وفيه ٤ مطالب

٦٦٨

المطلب الاول في الاستسقاء الحى السلسلى

مخيفه

٦٧٠ المطلب الثاني في الاستسقاء المخي

٦٧٤ المطلب الثالث في ادروسيقا لوسيل (استسقاء مخي فتق)

المطلب الرابع في الاستسقاء السلسلي واتصال الفقرات المسمي بداء

٦٧٦ الحدية (اسبنا بفيذا)

المبحث الخامس في الكسر الخلقى للسلسلة والجمجمة وعيوب التكون

٦٨٣ فيهما اجمالا

٦٨٤ المبحث السادس في الفتق المخي

الفصل الثالث في امراض الجهاز المخي الشوكي الحاصلة بعد الولادة

٦٨٩ وفيه ٥ مباحث

٦٨٩ المبحث الاول في الاحتقانات في هذا الجهاز وسكتة المولودين

٦٩٣ المبحث الثاني في الالتهاب الغدي الالتهابي في المخ

٦٩٥ المبحث الثالث في التهاب الجهاز المخي الشوكي وفيه ٥ مطالب

٦٩٥ المطلب الاول في التهاب اغشية النخاع

٦٩٧ المطلب الثاني في التهاب اغشية المخ

٧٠٩ المطلب الثالث في التهاب النخاع القكري

٧١٥ المطلب الرابع في التهاب المخ

٧٢٩ المطلب الخامس في التهاب المخيخ

٧٢٩ المبحث الرابع في التشنجات

٧٣٥ المبحث الخامس في التشنوس

الباب الحسادى عشر في امراض اعضاء الانتقال والحركة وفيه

٧٤٢ ٤ فصول

٧٤٢ الفصل الاول في نمو اطراف الجنين وعيوب تكونها اجمالا

٧٤٣ الفصل الثاني في افات في اطراف الجنين وفيه ٣ مباحث

٧٤٣ المبحث الاول في غنغريتا اطراف الجنين

صحيته

- ٧٤٤ المبحث الثاني في الخلع في اطراف الجنين
- ٧٤٦ المبحث الثالث في تفرق الاتصال والكسر الخلق في الجنين
- ٧٤٨ الفصل الثالث في آفات المقاصل وفيه مبحثان
- ٧٤٨ المبحث الاول في التهاب المفصلي الحاد في المولودين
- ٧٥٢ المبحث الثاني في التهاب المفصلي في سن اعلى من ذلك
- ٧٦٥ الفصل الرابع في لين العظام
- ٧٨٠ الباب الثاني عشر في امراض اعضاء التناسل وفيه ٤ فصول
- ٧٨٠ الفصل الاول في امراض خلقية في الخصيتين والصفن
- ٧٨٢ الفصل الثاني في امراض في الرحم والبظر والشفرين
- ٧٨٤ الفصل الثالث في امراض في القرج
- ٧٨٦ الفصل الرابع في بعض امراض في الثديين
- ٧٨٧ الباب الثالث عشر في امراض المجموع الليفناوى وفيه فصلان
- ٧٨٨ الفصل الاول في الدرن الماساريق اى احتقان العقد الماساريقية
- ٧٩٥ الفصل الثاني في الخنازير
- ٨١٧ الباب الرابع عشر في امراض الاعين وعيوب تكونها وفيه فصلان
- ٨١٧ الفصل الاول في عموالاعين وعيوب تكونها
- ٨١٩ الفصل الثاني في امراض الاعين وفيه ٦ مباحث
- ٨١٩ المبحث الاول في الرمد القيمي في المولودين
- ٨٢٤ المبحث الثاني في الرمد الحصبى
- ٨٢٥ المبحث الثالث في الرمد القرمزى
- ٨٢٥ المبحث الرابع في الرمد الجدرى
- ٨٢٧ المبحث الخامس في الرمد الخنازيرى
- ٨٢٨ المبحث السادس في التهابات اخروتائج تحصل من التهابات العينية
- ٨٣٠ الباب الخامس عشر في يرقان المولودين

الباب السادس عشر في المنسوجات العارضة في المولودين ٨٣٥

الباب السابع عشر في تغيرات الدم في المولودين ٨٣٨

تمت القهرسة المرتبة على حسب ترتيب الكتاب وبليها
القهرسة المرتبة على حروف المعجم

فهرسة مرتبة على حروف المعجم

(حرف الالف)

صحيفه	صحيفه
٢٩٠	احتقان معدى في الاجنة
٢٩٩	احتقان معدى في الاطفال
٧٠٩	احتقان نخاعي
٤٢٤	احتناق ديداني انسدادى
٤٢٤	احتناق ديداني تشنجي
٦٧٤	ادروسيقا الوصيل
٦٦٦	ادروسيقا البيا (استسقاء دماغي)
٣٦٠	ارضاع
٩٠	ارتيما
٦٧٦	اسبنافيدا
٩٨	استروفولوس
٤٧٢	استسقاء
٦٦٦	استسقاء راننى
٦٧٦	استسقاء ملسلى
٦٧٠	استسقاء مخي
٧٠٥	استسقاء مخي حاد
	اتريسيا القم (اى انسداد فوهته)
١٢٨	اجز تيمايوية (التهابات)
٨٨	احتباس البول
٤٦٦	احتقان قرعى معوى
٣٥٠	احتقان الجهاز النخى الشوكى
٦٨٩	احتقان حنجري
٥١١	احتقان رئوى
٥٥٨	احتقان شعري معوى
٣٥٠	احتقان ضعفى فنى
١٥٩	احتقان ضعفى معوى
٣٥٠	احتقان العقد المساريقية
٧٨٨	احتقان القضاة المعوية
٣٤٩	احتقان كبدي
٤٤١	احتقان لهوى حلقوى
٢٣٢	احتقان لوزى
٢٣٢	

صحيفه	صحيفه
التهاب القلب والاوعية	٦٦٨ استسقاء مخي سلسلي
٦٢٧ الغليظة	استسقاء مخي فتقي (انظر
٣٦٥ التهاب القناة المعوية	ادرورسيغالوسيل)
١٠٨ التهاب المنسوج الخلوي	استوميا (عدم القم)
٥٨٩ الم صدرى	اسفكسيا تنفسية
٢٩٦ الم معوى في الاطفال	اسفروس الغدة تيموس
٩٨ اميتيجوس	اسهال
امراض الاجربة الدهنية	اسهال في التسنين
١٠٣ الجلدية	٦٤٤ اسيفاليا (عدم الرأس)
٣٨٠ امراض اعضاء التناسل	٩٦ اكتيما
٨١٩ امراض الاعين	٩٤ اكزيما
٢٠٩ امراض التسنين والثثة	اكستروفيا المثانة (بروزها
٤٩٩ امراض الانف والحفر	الى الخارج)
٧٧ امراض الجلد	٧٣٠ اكلبسيا
١٠١ امراض جلدية زهرية	١٠٧ اكلبسيا التسنين
٤٦٣ امراض الجهاز البولي	٧٣٣ اكلبسيا اشتراكية
٤٩٩ امراض الجهاز التنفسي	٧٣١ اكلبسيا موضعية
امراض الجهاز المخي	٢٧ التحام السرة
الشوكى	٦٣٧, ٦٨٩ التصاق جدران المستقيم
١٢٦ امراض الجهاز الهضمي	٣٣٩ يعضها وبالثانة
٥١٠ امراض الخجيرة والقصبه	٨١٨ التصاق الجفتين ببعضهما
امراض خلقية في الخصية	١٥٧ التصاق اللسان بارضية القم
والصفن	٢٢٢ التفاف السن على محوره
٣٨٠ امراض ديدانية	٦٩٥ التهاب الجهاز المخي الشوكى
٤٢١	

صحيفه	صحيفه
١٤٦	امراض في الرحم والبظر
٤٥٩	والشفرين
٣٣٤	امراض الغدد اللعابية
٤٥٥	امراض الغدة تيموس
٦٥٤	امراض الفرج
انورسما العروق الصغيرة (انظر نكت	امراض القلب والاوعية
وعائية)	الغليظة
انورسما القلب (اتساع	٦١٦
٦٢٣	٣٥٥ امراض القناة المعوية
٦٢٦	٧٨٧ امراض المجموع الليفى
٥٩٦	٢٧٥ امراض المريء
١٠٩	٢٩٣, ٢٨٩ امراض المعدة
٤٥٩	١٠٩ امراض المنسوج الخلقى
٤٥٩	٦٤٣ اميليا (عدم التضاع)
(انظر كدم)	٩١ انجرة
(حرف الباء)	٣٣٦ انسداد الشرج
١٠٠	٦١٢ انسداد الفتحات الجنينية
١٠٠	١٢٩ انسداد القم
١٠١	٤٥٩ انسداد مجرى البول
٨٨	انسداد الوريد السرى والقناة
٨٩	الوريدية
٣٣٩	٦١٤ اقتراح المستقيم في المهبل
٢٢٣	اوالمثانة
٤٦٦	٦٧٦ اتصال الفقرات
	١٣١ اتصال قبوة الحنك

صحيفه	صحيفه
١٩١ تسنين	٤٦٨ بر يتوفى حاد بعد الولادة
٧٦٩ تشنجات	٤٦٦ بر يتوفى خلقى
٤٠٠ تشنج الامعاء	٤٦٩ بر يتوفى مزمن بعد الولادة
١٤٩ تصلب اللهاة	٢٤٣ بلعوى (التهاب)
٢١٦ تعوق او تقدم ظهور الاسنان	٥٨٣ بلور اوى جاف (التهاب)
٣٦٢ تغمد الامعاء اى تداخلها	٥٩٠, ٥٨٧, ٥٨٣ بلور اوى خفى
تغمد اللقائى او قولون	٥٥٠ بلور اوى خلقى
٤٩٢ او المستقيم	٥٨٣ بلور اوى رطب
٨٣٨ تغير الدم فى المولودين	٥٨٣ بلور اوى غير خلقى
تفرق اتصال فى عظام	٥٩١ بلور اوى مزمن
٧٤٦ الاطراف	٥٨٣ بلور اوى نزلى
٣٠ تقلس البشرة	بلورودينيا (انظر الم صدرى)
٢٢٤ تقارب الاسنان لبعضها	٩٣ بمفجوس
تقرحات جرابية فى معدة	٦٥٥ بونسيقاليا
٢٩١ المولودين	(حرف التاء)
٨٢٩ تقرح القرنية	٦٢٨ تامورى (التهاب)
٣٠ تقشر البشرة	٢٢٥ تجعدات على الاسنان
٦٨٣ تقوس السلسلة	٤٠٩ تجمع الرياح
٥٦٤ تكبد الرئة	٢٩٤ تخمة
تكدس فى اعضاء التنفس زمن	تداخل قوسى الاسنان
١٠٨ التسنين	٢٢٣ فى بعضها
١٠٧ تكدس مخفى فى التسنين	٣٦٢ تداخل معوى
٢٩٤ تكدس الهضم المعدى	٣٨ ترجيع الصباح
٣٨٠ تلبك معوى بسيط او صفر اوى	٧٨٢ ترشح منسوج الصفن

صحيفه	(حرف الدال)
٥١٣ ذبحة اخنناقية	صحيفه
٥١١ ذبحة اريثماوية حنجيرية	١٢٥ داء برباد
٥٤٠ ذبحة اوديمياوية	٦٧٦ داء الحدية
٢٤٣ ذبحة بلعومية	٩٩ داء القيل اليوناني
٢٤٣, ٢٣٣ ذبحة حلقيه	٩٤ دخنية
٥١١ ذبحة حنجيرية	دخول جسم غريب
ذبحة خبيثة	٥٢٦ في القصبة
} انظر ذبحة غلاية	٦٣٥ درن الغدة تيموس
ذبحة خنناقية	٧٨٨ درن ماساريق
٢٥٠ ذبحة غلاية اى غشائية	٨٩ درنية (التهابات)
٢٣٦ ذبحة لوزية	٨٩ دملية (التهابات)
٥١٦ ذبحة مع تغير في الافراز	٤١٦ دود القرع
٢٥٦ ذبحة هلامية او جنبية	دود القرع العريض او المحفور
(حرف الراء)	الرأس
راشيتس (انظر لين العظام)	٤١٧ ديدان شعرية الرأس
ربو تيموسى (انظر ضخامة الغدة تيموس)	١١٥ ديدان صغيرة
٥٧٨ ربو جاف	١١٥ ديدان عريضة (انظر دود القرع)
٥٢٦ ربو حاد	٤١٤ ديدان معوية
٨٢٥ رمد جدرى	٤٣٨ ديدان معوية كاذبة
٨٢٤ رمد حصبي	١١٥ ديدان وثابة طويلة
٨٢٧ رمد خننازيرى	٦٥٥ ديرنسيقاليا
٨٢٥ رمد قرمزى	(حرف الذال)
٨١٩ رمد قبي في المولودين	٥٨٣ ذات الجنب
١٠٨ رمد ناشئ عن التسنين	٥٦٣ ذات الرئة
٩٣ روبا	

صحيفه	صحيفه
٢١, ١٥ سقوط الجبيل السرى	٥٥٠ رثوى خلقي (التهاب)
٤٩١ سقوط المستقيم	٥٦٣ رثوى غير خلقي
٥٦٠ سكتة رثوية	(حرف الزاي)
سكتة مصلية (انظر استسقاء)	٥٠٢ زكام بسيط
مخى حاد	٥٠٣ زكام مع تجمد غلالى
٦٨٩ سكتة المولودين	٥٠٢ زكام المولودين
٢٢٧ سنونات	٦٧ زوائد جلدية ونوتولوية
٢٢٨ سواك	٦٩ زوائد قرنية
٣٥٥ سوء الهضم المعوى	٨٩ زهرية (آفات)
٣٨٢ سونوخوس	٢١٨ زوغان الاسنان عن محالها
٦١٦ سيانوز (اى الداء الازرق)	٢١٧ زيادة موقص فى عدد الاسنان
٨٠ سيفالمايوم	(حرف السين)
(حرف النين)	صحائى (التهاب) انظر التهاب
٣٤٣ شرح غير طبيعى خلقي	اغشية المخ
٥٧٦ شعبي (التهاب)	٥١ سحنة الطفل
١٣٠ شفة ارنبية	٩٩ سرطان
٥٢٣ شق قصبي (عملية)	٦٥٥ سستيسيفاليا
٣٣٤ شق فى القنطرة المعوية	سعال تشنجي (انظر سعال كلبى)
(حرف الصاد)	٥٧٨ سعال عصبي
٤٧, ٤٥ صياح احتناقي	٥٩٨ سعال كلبى
٤٨ صياح حاد	٩٦ سحنة جبوية
٤٦ صياح شاق	٩٧ سحنة حلقيه
٥٠ صياح شهيق	٩٧ سحنة شهديه
٣٨ صياح الطفل وتفصيله	٩٦ سحنة مخاطية

(حرف العين)		صيفه	
صيفه		٤٥	صباح غير تام
٢٧٠	عدم اتصال المريء بالمعدة	٥٠١	صباح منقطع
٢١٩	عدم انتظام الاسنان	٤٩	صباح محجوب او مستور
٢٧٠	عدم وجود المريء	٤٩	صباح معزى
عسر الهضم في الاطفال		(حرف الضاد)	
٣٢٦	الكبار	٦٣٣	ضخامة الغدة تيموس
	عصبى في مريء المولودين	٥٤٢	ضخامة الغدة الدرقية
٢٨٦	(التهاب)	٥٨	ضعف المولود
١٣٠	علم خلقى باقسامه	٢٣٠	ضفدع خلقى
٦٠٩	عيوب اعضاء الدورة	٢٣١	ضيق البلعوم
٥٤٨	عيوب التجويف الصدرى		ضيق خلقى في الشرج
	عيوب تكون في الاعضاء	٣٤٢	والمستقيم
٤٥٠	البولية	(حرف الطاء)	
٣٣٤	عيوب تكون في الامعاء	طلاء شحمى او خلى في الاجربة ١٠٥	
٥٠١	عيوب تكون في الانف والحفر	(حرف الظاء)	
	عيوب تكون في الحنجرة	ظاهرات اعتيادية للتسنين	
٥٠٩	والقصبة	٢٠١	الاول
٥٤٧	عيوب تكون في الرئتين		ظاهرات اعتيادية للتسنين
٦٣٣	عيوب تكون في الغدة تيموس	٢٠٠	الثانى
١٢٨	عيوب تكون في القم		ظاهرات مرضية للتسنين
٤٣٩	عيوب تكون في الكبد	٢٠١	الاول
٢٣١	عيوب في اللهاة والبلعوم		ظاهرات مرضية للتسنين
٢٦٩	عيوب في المريء	٢٠٨	الثانى
٦٤٣	عيوب في النخاع	٨٢٩	ظلمة القرنية

صحيفة		(حرف الغين)	
٩٢	فقلعة	صحيفة	غشائي نخاعي (التهاب اغشية)
٨٨	فصاعية (التهابات)	٦٩٥	المنخاع
٥٥٤	فقد التنفس او عدم كماله		غشائي مخي التهاب اغشية
١٥٦	فقد اللسان وعيوب اخريه	٦٩٧	المخ
٦٣٣	فقد الغدة تيموس	٧٤٣	غشائنا اطراف الجنين
٦٠٩	فقد القلب	٣٩٢	غشائنا الغشاء المعوي
٢٧٠	فقد المريء	٢١٣	غشائنا المعدة
٣٤٣	فقد المستقيم	١٠١	غشائنا المولودين
٢٨٨	فقد المعدة	٨٩	غشائية (التهابات)
١٠٨	فلغموني	(حرف القاء)	
١٦١	في اريتيمياوي (التهاب)	٤٨١	فتق اربي
١٨٠	في بثرى	٤٨٦	فتق اربي انسي خلقي
١٧٩	في تقرحى	٤٨٣	فتق اربي وحشى خلقي
١٧١	في جراي		فتق اربي خلقي مكون من
١٨١	في غشائى		المبيض
١٢٢	في مع تغير في الافراز	٤٨٨	فتق بطنى
١٠٤	فيضان دهني في الاجربة	٤٧٤	فتق سرى
(حرف القاف)		٤٧٤	فتق سرى خلقي
٣٦	قامة الطفل المولود	٤٧٦	فتق سرى عارضى
٩١	قرمزىة	٤٧٧	فتق مخي
٨٢٩	قرنى (التهاب)	٦٨٤	فتق مخيضى
٨٩	قشرية (التهابات)	٦٨٧	فتق معدى
١٧١	قلاع	٢٨٨	فساد جرثومة الاسنان
١٦١	قلاع اريتيمياوي	١١٠	

صحيفه	صحيفه	قوبا	قولايج
٧٦٥	٩٤	لين العظام	(انظر مغص)
٦٩٣	٣٩٥	لين غير التهابي في المخ	قولاوي (التهاب)
٨٢٩	٤٠٨	لين القرنية	قي
٧١٠	٢٩٦	لين الخناص الشوكي	قي معدي في الاطفال
٣٢٣	١٠٥	لين مرق في المعدة	قي يحصل في التسنين
٣٩٢	٧٨٢	لين هلامي في الامعاء	قبيلة الغشاء الغمدى
٣١٥		لين هلامي في المعدة	
(حرف الميم)	(حرف الكاف)		
٤٦٥	٧٨٨	مشافي (التهاب)	كارو
٧١٥	٤٤٢	مخى (التهاب)	كبدي (التهاب)
٧٢٩	٧٧	مخينى (التهاب)	كدم
١٠٣		مرتفعات جرابية	كسر خلقى في السلسلة
٢٧٤	٦٨٣	مريبي في المولودين (التهاب)	والجمجمة
٢٩٠	٧٤٦	معدي في الاجنة (التهاب)	كسر خلقى في عظام الاطراف
٣٠٣	٩٦	معدي اريتيماوى	كوبيروز
(حرف اللام)			
٣١٢		معدي جرابي	لثوى زمن التسنين (التهاب)
٣١٣	١١٢	معدي مع فساد المنسوج	لساني (التهاب)
٣٠٥	١٩٠	معدي متنوع الافراز	لهوى (التهاب)
٣٧٣	٢٣٣	معدي معوى	لوبوس (داء الاسد)
٣٦٩	٩٩	معوى اريتيماوى	لوزي (التهاب)
٣٧٨	٢٣٦	معوى جرابي	لون الجلد
٣٧٩	١٣	معوى خلى	لين ابيض في المخاطي المعدي
٣٧٥		معوى خلى جرابي	المعوى
٣٧٣	٤٠٢	معوى متغير الافراز	

صيفه	صيفه	صيفه
٥٧٨	نزلة مخاطية	٣٧٩ معوى غشائي كاذب
٥٧٨	نزلة فخرية	٣٩٢ معوى مع فساد في المنسوج
٣٥١	نزيف معوى ارضعني	معوى ماساريقي (انظر درن ماساريقي)
٩٢	قضاة	٤٠٩, ٣٩٩ مقص
٧٤	نكت جلدية	٤٢٢ مقص ديداني
٧٥	نكت شقر	٧٥٢ مفصلي جرحي
٨٣٠	نكت القرينية	٧٤٨ مفصلي حاد في المولودين
٧٥	نكت وعائية	٧٥٢ مفصلي روماتزمي
٨٢	نمش الاطفال	٧٥٢ مفصلي تقرسي
٧٤٢	نمو اطراف الجنين	٦٦٥ مكر وسيفاليا (صفر المخ)
٥٤٣	نمو اعضاء التنفس	٩٨ متناجر
٦٠٧	نمو اعضاء الدورة	٩٣٠ منطقة
٨١٧	نمو الاعين	٨٣٥ منسوجات عارضة
٤٩٩	نمو الانف والحفر	٣٧٣ موجيت الامعاء
٦٣	نمو الجلد	١٦٢ موجيت الفم
٤٤٩	نمو الجهاز البولي	٢٧٩ موجيت المري
٥٠٩	نمو الخنجر والقنطرة	٣٠٥ موجيت المعدة
٥٤٦	نمو الغدة تيموس	١٠٧ مولوسكوم
٣٢٨	نمو القنطرة المعوية	(حرف النون)
٤٣٩	نمو الكبد	٥٥ نبض الاطفال
٦٣٧	نمو النخاع والمخ	٧٠٩ نخاعي قفري (التهاب)
٦٥٥	نوتنسيفاليا	٥٧٨ نزلة جافة
	(حرف الهاء)	٥٧٨ نزلة رطبة
١٠	هيئة الطفل المولود	٥٧٦ نزلة شعبية

صحيفه		صحيفه	
١٠٦	ورم جرابي	٤١١	هيضة وبابية
٧٨	ورم فروة الرأس	٤٠٩	هيضة وفدية
٣٧, ٣٦	وزن المولود	(حرف الواو)	
(حرف الباء)		٧٢	وجبات
٨٣٠	برقان المولودين	٩٣	وردية
تمت			

(جدول الخطا والصواب)

صفحة	سطر	خطا	صواب
٤	١٤	سعادة	صياغة
١٥	٢٤	بالضبط	بالضبط
٢٩	١٦	قريب	قريبا
٤٧	٢٤	المطب	المطلب
٥٤	٢٠	تتنوع	تنوع
٦١	١٧	لهذه	لهذا
٦٣	١٠	سبعة	سنة
٧٢	١٢	املا	املا
٨٥	٢٠	مولود	المولود
١١٨	١٥	ان	من ان
١٢٨	١٧	الكل منها	لكل منهما
١٤٧	١٠	مخوزكام	زكام
١٤٠	٢٥	للك	لذلك
١٦٠	٢٤	الالتهابي	الالتهاب
١٦٥	١٢	بتجملات	بتجملات
١٦٨	٢٠	تأخذ	تؤخذ
١٧٩	٢٤	مشرومة	مشرومة
١٨٧	١٩	الفعال	افعال
٢٤٠	١١	اوطن	واطن
٢٤٤	٧	عرقا	عرق
٢٦٩	٨	الخامس	الثالث
٢٧١	١٥, ١٠	العق	العق
٢٧٣	٦	لم يرل	الذي لم يرل

صواب	خطأ	سطر	صفحة
المري	البريتون	١	٢٧٥
المخاطية	لمخاطية	١٢	٢٨٠
زائدة	زائد	١٩	٢٨٣
طفل	طفلا	١٣	٣٩٥
المبحث السابع	المطلب الثالث	٢١	٤١٤
ان تعارض	تعارض	٥	٤٥٠
فيهم	فيه	٣	٤٢٦
قيرالا	قيراط	٦	٤٨١
مشابهة	مشابهت	٢٣	٤٨٧
الكوميلاس	مع ذلك الكوميلاس	١	٥٤٠
تتدهما	تتدهمة	١٠	٥٨٥
للصدر	للصدرى	٢٤	٥٩٠
ضخامة	ضخاقه	٢٥	٦٢٤
سستيفاليا	ستتيفاليا	٤	٦٥٥
قرب	عادته قرب	٢	٦٧٥
الووم	المرض	٢٠	٦٧٦
طوله	وطول	٨	٦٨٩
بل	قل	١٧	٧٠٤
أولاً قصر	دائماً بصراً	١٨	٧٠٤
فان الحى تكون	كانت الحى	١٩	٧٢٦
متجيز	متجيزا	١٦	٧٣٠
العضدى	العضوى	١٧	٧٤٩
مخاضة	مخاضات	١٣	٧٧٢

تمت

زهة الاقبال في مداواة الاطفال

(بسم الله الرحمن الرحيم)

نحمدك يا من تنزه عن الولد والوالد وتعالى عن الصاحبة والمعاون والمساعد
ونشهد ان لا اله الا انت خلقت الانسان في احسن تقويم وابدعته بحكمة ذلك
تقدير العزيز العليم فكان اول انطفة من مامهين ثم جعلته علقة بدبعة
التكوين ثم صار مضغة ثم عظاما مكسوة لحاطريا ثم نفخت فيه الروح
فصار بشرا سويا ونصلي ونسلم على من استخلصته من زكي الاصلاب
وانتخبته من اشرف الانساب وعلى آله الذين سرى فيهم سر الحكمة الربانية
وفضلو انسبتهم اليه على جميع البرية واصحابه الذين هاجروا اليه وهجروا من
محبوه قدما واستعوض الولد منهم به عن والده خيرا منه زكاة واقرب رجاء
صلاة وسلاما دائمين ما تكون كائن في باطن الارحام ومجمع جمام
على غصن بان وحام

وبعد فيقول راجي عفوره الكريم احمد بن حسن الرشيدى الحكيم لما انتهى

بحمد الله جمع الكتاب الموسوم بهجة الرؤسا في علاج امراض النساء
 شرعت في جمع كتاب لعلاج امراض الاطفال قياسا بما هو الواجب على من
 تلقى الامر السابق في شأن ذلك بالامتثال فامضيت العزم نحو هذا الخطب
 الاشق واطلقت عنان جوادى طالبها اى الفريقين احق وجعت جملة
 مؤلفات تفجرت منها انهار العلوم وتفتت فيها الزهار المنشور والمنظوم
 والتقطت منها هذا المؤلف التقاط الدرارى من الافلاك او كما خراط الدرر
 من الاسلاك وامنعت النظر فيما جل فيها ودق وغصت بالافهام فيما صعب
 وعظم وشق وتلك اعانة من الله يجب ان تلاحظ وترعى ويوالى عليها حده
 عقلا وشرعا ونعمة بل سر من اسرار الحكمة وضرب من افضل سبل الامة
 ومركب صعب لا يستوى على ظهره الامن بذل نفسه في اقتناص الشوارد
 واتعب فكره في تحصيل درر القوائد واقنص فريسته اقتناص النسور
 ولقد فاز بالذة الجسور اولئك الذين اختصهم الله بتنقيح المعارف وميزهم
 عن غيرهم باجتناء اللطائف اذ لو تساوى الناس كلهم في العلوم والقهوم
 لترتب على ذلك اختلاط الخصوص بالعموم ولم يبق فرق بين الخادم والمخدوم
 ولا بين الامام والمأموم ولكن قضى الله ان يستخلص لمعارفه اجل عصاية
 ويخصهم بالجزالة والاصابة ويجمع لهم ما تفرق من الفاخر ويجمعهم بطيب
 المحامد والمأثر فبذلك استولوا على تلك المعارف بالاكتساب وانتهى لهم
 شرف الرتب بالاستيعاب وخصوا من العناية الربانية بالحفظ الاجزل حتى
 جاوزوا في العلو السماك الاعزل واتشروا في الاقطار بكل ناحية علما
 وبرزت لهم سعادة النفع من كل افق نجما فهم لاشك ارواح وانخلاتق اجسام
 وثمرات الانام والوجود اكمام فاقنيت اثرهم في ذلك وسعيت مثلهم في سلوك
 تلك المسالك مع على بان هذا الميدان فرسانه ماهرة واسود غاباته لانيابها
 شاهرة لكن تجاسرت على سلوك تلك التعاسيف والاهوال واطمعت في ذلك
 قول من قال

قنسيهوا ان لم تكونوا مثلهم * ان التشبه بالرجال فلاح

واستغنت بالله ليكون لي عوناً وظهيراً واستهديته بهديه وكفي به هادياً ونصيراً
 وواخوفاً إن اكون ممن ظن انه مهدي وهو عن طريق البرايد واتصب
 لطب المرضى وهو محتاج الى طبيب وعائد غير ان من لمحة لمحة من صاحب
 السعادة وصادفته منه نظرة قرب وسعادة ترجم لسانه بسر ما ودعه من
 الانهام الشاقبة واهتدى فكره للوقوف من الدلائل على النتائج الصائبة
 كيف لا وهو الذي حاز مفاخر تكاثر البحر الزاخر وما تراججز وصفها الناطم
 والنائر وبعث لاشتهار العلوم بتلك الديار بعث السحاب المسخر فتقدم بذلك
 في التار مع ان زمانه مؤخر واختار لاعلان دعوتها من يحيي معالمها بعد
 العفا ويجدد لها رسومها بعد الدور وانلقا وجع لها الآن ما كانت
 تبشر هابه الملاحم وثبت اقدامها بصنائع البر والمكارم ولا غرو فهو الذي
 الف بين قلوب رعيته فصارت بعيته يد واحدة وقام بحسن تدبير احوالهم
 فامست عيونهم باستيقاظه في مهاد الامن راقدة وظهر من مهابة ما دل
 على خفض الشاقي ورفع الشان وابدى من مكارمه فوق مطامع الركان
 فاذا جاء القصاد والوراد لباب نواله طامعين تلقاهم بشير كرامته وقال
 دخلوا مصر ان شاء الله آمنين فخر الوزارة السفينة ومقبول دولة الشوكة
 العثمانية صاحب العز والقدر العلي الحاج محمد علي لازال يحط الآمال
 ومعدن الكرم الذي تشد اليه الرحال ولا برحت عينه قارة باقماره الذين هم
 في السلم لسانه وفي ميادين الحروب بأسه وسانه وساقته اذا حارب وطلبعته
 اذا طلب وقلب جيشه اذا ثبت وجناحه اذا وثب ولا غرو لشل نشأ في حجر
 اسد ولا لهلل استضاء من شمس واستمد لازالت جيوشهم منصورة
 وسيرتهم مشكورة

ولما فرغت من جمعه واتمامه ووصلت فيه الى نهاية ختامه شرعت في تحريره
 وتنقيحه وتهذيبه وتصحيحه وسميته نزهة الاقبال في مداواة الاطفال بخاء
 بحمد الله في نوعه مستوفيا لزبدة المؤلفات مستوعبا لاصولها وفروعها
 المتخبرات ثم اقول على حسب الرجا والامل لا بالحول والقوة والعمل

قد اوضحت مسائل هذا الفرع في هذا الكتاب مجموعة محكمة منضدة
 مرتبة منتظمة فاذا تهلل عليه بدر النجاح والاستهلال وغرد عليه طير
 الفلاح والاقبال فاذلك على الامن فضل ربي لاجحولي وقوتي وكسبي
 لضعف البضاعة وقتلتها وكلاذلة الاذهلن وقترتها لكني اسأله سبحانه بجميع
 احسانه وعظم جوده وامتنانه ان يعم نفعه جميع الاقطار ويشتهر اشتهار
 شمس النهار ويريد نفعه لتلامذة مدرستنا التي ليس لها في البلاد الاسلامية
 قرين ثاني وهي المشهورة بمدرسة الطب الانساني اذهب الاحق بان يشجروا
 للخوض في بحوره الذيل وينهمكوا على دراسته طر في النهار وزلة من الليل
 ليقفوا منه على حقيقة تلك الامراض العسرة باسبابها واعلاماتها ويرشدتهم
 لكيفية الاستقصاء عن اعراضها وعوارضها قبل مداواتها ويستخرجوا من
 ثمراته اجود الطرق للعلاج ويتحرروا بذلك من الوقوع في الخطا والاعوجاج
 وقد اتبعت هذا المؤلف بشرح الامراض الجلدية على العموم لما ان اهمها
 مخصوص بالاطفال كما هو معلوم وارجو ان يكون جاريا على طبق القواعد
 حاويا للمستحسنات القوائد محفو ظا من قدح كل قادح مصونا عن ان يقال
 في جامعها يا ايها الانسان انك كادح فان كنت هفوت في غضون كلامي بادرة
 او زل قدعي فيه بادرة يسكون المأمول من ذوى البصائر وارباب النهي
 والمآثر اسبال الستر على ما يجدونه من تلك الزلات وانغماض عين الجفا على
 ما يلقونه من الهفوات والعثرات اذ قل ان يخلو من ذلك مؤلف او يعرى
 عن العيوب مصنف وعلى الله التكلان وبه المستعان

مقدمة

من العلوم ان اجل صفة لعلم الطب هي عموم الاحتياج اليه لما انه يسأل
 عنه في جميع جهات الارض ويقش عليه وذلك لكثرة الاقات المتسلطة على
 هذا النوع الانساني وهو وان كان له قواعد اصلية وبيانات تعليمية مؤسسة
 على اصول ثابتة الا ان معظمها مستند على التجريبات ولذا كثرت فيه الاراء
 واختلفت المذاهب وتعضدت بعضها من مخالفة وبيانات متضادة اخترعها

متعاطوه وايدكل منهم بحجته بمشاهدات اثبت صحتها واجتهد في تحريرها وصحة
تقاريرها وسطرت ودونت تلك المذاهب والتجربيات في المؤلفات الجليله المقبولة
وصار كل طبيب سليم السريرة خالص النية يقف بس من معارفها ويستضيء
بانوارها وينتخب خلاصتها ويجري اعماله على قدر ما تستدعيه ملكته وقوة
استنباطه والحادق من الاطباء لا يركن لاختلاف تلك المذاهب ولا يبالى
بتضادها ولا يخشى الوقوع في الخطا والزلل اذا جرى ما انتخبه على مستفاده
من القوانين الطبيعية المواقفة للعقول السليمة فيجعل تلك القوانين مرشدا
ومهدا لذكاء عقله وسلامة فطنته وسلوك مسيره في تلك المفاوز التي يرجو
النجاه والسلامة منها فاذا عرض له حادث من الحوادث او امر واقعي يستدعي
الحال امعان النظر فيه وزنه بميزان رأيه وقدح فكرته في نصويب ما يلزم نصويبه
واتباع ما يلزم اتباعه فيكون ذلك الامر الواقعي او الحادث المرضى بالنسبة له علما
مستقلا يرتب له اصولا ومبادئ ليبنى عليها فروعه ويستنبط منها مسائله ويجيب
عن كل سؤال عرض له بجواب شاف كاف مقنع غير متخلخل ولا متلجلج لما انه
اجراه على طبق قوانينه وعبر عنه باصح عبارة ووضح مقالة حسبا تقتضيه
صناعته وبمقتضى ذلك يحفظ من الغلطات التي وقع فيها من قبله والزلات التي
مكنه مدة طويلة من تسلطه والمذاهب الغير الصحيحة التي بقي منها الى الان
منسطرة في المؤلفات والدواوين الطبية ومع ذلك لا ينبغي لنا اهمال النظر
في امر ربما خفي على المتأمل وهو ان هذه الغلطات والاراء الضعيفة والمذاهب
السخيفة التي في الكتب القديمة هي التي توصل بها العارفون لخدمة المشاهدات
واتقان التجربيات فاهتدوا بها مع مساعدة ذكائهم الى المعارف
اليقينية التي لا يسمعونها وذوقها ولا يفهم سليم الاربع اليها واتبعها
ولا يبعد عنها الاطمعوس الذهن خائب الفكر وكل ذلك انما نتج من التأمل
في غلطات القدماء وزلات السابقين وتنزيلها على المشاهدات الصحيحة المحكمة
فيظنهم روافقها او تخالفها ويميز الله صائب الاقوال من باطلها ولذا كانت
اعمال ابي الطب بقرطوبس من انى بعده انما هي في الحقيقة كوصايلنا بالتجربة

والممارسة

والممارسة كأنه يقول هذا ما عانى الله على اظهاره وعليك ان تقدر فكرتك
 وتمارس قريبتك وتتقن مشاهدتك ليعرض الله عليك كما افاض على معارف
 يمكن ان تكون اقوى من معارفى ودلائل ربما كانت اقوى من دلائلى فذلك
 الاعمال منه ومن غيره اتخذناها مرشداً ودليلاً واقفيناً اثرهم في الاعمال
 والمجاهدات فكان ذلك هو السبب في وقوفنا في الغالب على الحقائق
 اليقينية فاذا اوقفنا الله على حقائق اشياء لم تقف عليها القدماء ولم يحجم حولها
 احد منهم لم يعد ذلك نقصاً في حقهم ولم يكن من آيات الله سبحانه فذلك
 هيأ لكل شئ اسباباً ومهد له اجاباً واوطنا باوتلك الاسباب كانت معدومة عند
 القدماء واذا قدمت الاسباب عدمت مسبباتها فلم يتأت لهم معرفة ما عرفناه
 الآن ولم تنكشف لهم حقائق ما كشفته لنا المشاهدات في جميع الازمان
 واذا قد تحصلت عندنا تلك الاسباب وتوفرت شروط المشاهدات والاداب علمنا
 بتلك الاسباب ما تقتضيه الاعمال فانجلي علينا كثير مما كان قد خفي على
 الاوائل واتضحت احواله باوضح البراهين والدلائل وما زلنا على مدار الدهور
 نجتني من تلك الوسائط التي من الله بها علينا اثماراً ونستفيد من ممارستها
 وسائط اخر اقرب منها واقوى على استنتاج الحقائق وكشف ما خفي من الدقائق
 واعظم مثال عندنا تنزل عليه تلك التأملات هو علم امراض الاطفال لهاته
 يستدعي زيادة الامعان والمبالغة في التأمل بالاتقان فلا يزال الطبيب في كل
 يوم ينزل نفسه في مسائله منزلة المستخبر يعرض ما عرض له منها على تجربات
 غيره وتجربياته وعلى البيانات التعليمية وبيانه هو ويقينياته ليستنبط من ذلك
 كله قاعدة واصلاً كلياً يؤسس اعماله عليه ويرجع بحسن رأيه اليه فيكون ذلك
 هو المرشده والفتاح الدال على ازالة المقصود ولما كان المرشد لطب الاطفال
 هو التجربات والبيانات التعليمية كان ضعيف الدليل لكثرة تنوع التجربات
 وتخالف مستنتاجاتها بل ربما كان الغالب فيها جهل مجلس الداء وهذا اعظم
 عائق لتباعد العلاج واقوى مانع لموافقة الصواب وقد يعالج الطبيب هذا الداء
 المجهول بمقتضى الاعتياد والتجربة ولو سئل عن ما عالج له بحسن الجواب

ولم يشف غليل من وقع في الارتباك وكثيرا ما ترتبك الاطباء اذا قدمت لهم
اطفال يراد علاجهم ويخبرون في الامر لهم بما استدعيه امراضهم ومع ذلك
نقول هذا المقام وان كان من اخطر المقامات واصعب ما يكلفه الطبيب المعرض
نفسه للمعالجات الا انه لا بد له من ترتيب قوانين تجريبية يلجأ اليها واصل
يقينية يعتمد عليها ويجمع ذلك في مؤلف مخصوص ينتخب من نتائج التجربات
ولا يوضع فيه الا ما استقر عليه الحال من مستنبطات المشاهدات ولقد اعتنى
بذلك جملة من الرؤساء الماهرة ووضعوها تأليف جليله في ذلك مشتهره فاردنا
اقتفاء آثارهم والسلك في منهج طريقهم ونلصنا زبدة ما جمعوه وخلصنا
ما انتخبوه وجعلنا هذا الكتاب جمع تحقيق ووضعا فيه العبارات باوضح
بيان واسهل طريق فجاء بعون الله حاويا لما يلزم معرفته من علم امراض الاطفال
وما لا بد منه للطبيب الممارس للاعمال ومرشدا مهديا يغني عن غيره من
المؤلفات موضحة فيه الامراض بتعاريفها وعلاماتها ومبينة فيما نشأ خيصها
وانذاراته او معالجاتها وما كان اهم الامراض الجلدية مخصوصا بالاطفال
او كثير الوقوع لهم ضمنها مع امراضهم في مؤلف واحد قصصنا ذلك المؤلف
الى كتابين الكتاب الاول في امراض الاطفال حقيقة وفيه نذكر من جملتها جدولا
مختصرا فيه الصفات المميزة لانواع الامراض الجلدية والكتاب الثاني
في امراض الجلد عموما وسواء في الاطفال او في غيرهم فكان كتابنا بذلك
مغنيا عن المؤلفات المخصوصة بالامراض الجلدية وجامعا للامراض التي
تعتبر في سن الطفولية

ولنعلم ان الطفولية دور من ادوار الحياة تكون التغيرات فيه اسرع
والمضاعفات اكثر وهي تنقسم الى طفولية اولى وطفولية ثانية فالطفولية
الاولى تبدأ من الولادة الى سبع سنين وهذه تنقسم ثلاثة ادوار الدور الاول
يمتد الى ابتداء التسنين الاول اعني سبعة اشهر تقريرا والدور الثاني يشمل زمن
التسنين الاول كله فيبتدأ من الشهر السابع تقريرا الى سبعة وعشرين شهرا
او ثمانية وعشرين وذلك هو الزمن الكثير التقلبات والتكررات على الطفل

لان امراضه تصحبها في الغالب التشنجات والدور الثالث يشتمل على المدة التي بين التسنين الاول والتسنين الثاني فيبتدأ من الشهر الثامن والعشرين الى السنة السابعة وبعد هذا الزمن لا يحصل للطفل تشنجات اصلا ما عدا بعض امراض جلدية كالجدري والحصبة فان كلا منهما ولو جسد الصفات قد يصحبه شيء من تلك الحركات التشنجية وذلك السن الاول اعني سن الطفولية الاولى هو الذي تكون الحياة فيه اقل ثباتا واستقرارا لان نحو نصف الاطفال تنقضي حياتهم قبل الدخول في السنة الثامنة

واما الطفولية الثانية فتشتمل على التسنين الثاني فتبتدأ من تمام السبع سنين تقر بيا الى البلوغ ولا يكابد الطفل في هذا السن الثاني مشاق كما يكابد في الاول اما لكونه صار اقوى بنية واقل قابلية للتعب وبمقتضى هذا التقسيم للطفولية يمكن ان يقال كان الاول تقسيم كتاب امراض الاطفال الى اربعة اقسام الاول امراض الطفولية الاولى والثاني امراض التسنين الاول والثالث امراض الطفولية الثانية والرابع الامراض العامة لزمن الطفولية الاولى والثانية نقول منعنا عن ذلك الارتباك في تخصيص كل قسم من تلك الاقسام بالامراض التي تنسب له وحده دون غيره لعدم وجود حد فاصل بين الاقسام على ان ذلك غير مهم للطبيب وانما المهم له هو جودة علاج الامراض منعزلة فلذلك رتبناها كترتيب مؤلف الطبيب بليار الذي كثيرا ما نطلق عليه اسم المؤلف وهو انما في كتاب الاول قبل ان نشرح الامراض على الخصوص نذكر الظاهرات العامة التي تؤخذ من البحث في ظواهر الطفل حسبا ذكره بليار وليكن ذلك هو موضوع الجزء الاول منه والجزء الثاني منه يشتمل على شرح الامراض التي تظهر في الاطفال سواء في الحياة داخل الرحم او بعد الولادة فاما كان خاصا بمدة الارضاع او كثير الحصول فيها ذكرناه على الخصوص وما كان كثير الحصول في زمن الطفولية الاولى وفيه بعض خصوصية يتميز عن امراض الكبار البالغين نهنا عليه وتركنا شرح الامراض التي صفاتها في هذا السن كصفاتها في البالغين اتكالا على ما هو مذکور

في كتبه الامراض عموما وليكن شرحنا للامراض على حسب الاجهزة
كما فعل بليار فنبتدأ دائما بكيفية ظهور كل عضو ونموه والتغيرات التي
قد يكابد هامة اذ وارتكونه والمنظر الطبيعي له في حال سلامته وانظر ان هذه
الطريقة اسهل للطالب واجع للذهن واقرب للمراجعة ونذكر في الكتاب الثاني
رتب الامراض الجلدية وانواعها ونوعا نوعا على التفصيل ثم لتمام النفع نختم
المؤلف بدستور يحتوي على بعض مركبات دوائية نستعمل في تلك
الامراض وفي الامراض الجلدية وغيرها مما هو ضروري الاستعمال في علاج
الامراض المذكورة في هذا المؤلف والله يختم لنا بخاتمة الخير والسعادة
انه كريم قواب

الكتاب الاول في امراض الاطفال

ينقسم هذا الكتاب الى جزئين

الجزء الاول

في دراسة الظاهرات العامة التي تظهر بالبحث من الظاهر في الاطفال

من النافع قبل ان نشرع في الدراسة الخاصة لامراض كل عضو على حدة من
اعضاء الاطفال ان نذكر بعض اعتبارات فيما يظهر للمشاهد بالبحث في ظاهرات
الطفل مدة دور الحياة الذي يكون بحثنا في الغالب مقصورا عليه فنقول
من اللازم ادراك هذه الظاهرات ادراكا قويا ومراعاتها وانظر فيها في جميع
الامراض كالسحنة والصباح ودورة الدم وغير ذلك لان معرفة احوالها حال
الصحة تسهل معرفة تنوعاتها في كل مرض مخصوص فيسهل مقابلة
الحالين ببعضهما وفي هذا الجزء ثمانية ابواب

الباب الاول في هيئة الطفل

قال بليار اذا خرج الطفل من الرحم وتركه مدة ربط الحبل السري بين ساق

امه شوهد فيه أثناء الجذع والاطراف وتقرىب الرأس من الصدر بحيث يصير
 كأنه ملتف على نفسه فيأخذ الوضع الذي كان عليه في الرحم فاذا انفصل بالكلية
 من المشيمة التزم بان يمد اطرافه ويحركها بقوة غير ان فعل العضلات القابضة
 يغلب دائماً ففعل الباسطة فتنتنى اطرافه وتتقبض يداه ويضخى جذعه دائماً
 الى الامام وكذا الرأس فلزيادة ثقله لا يتقاد ايضا لفعل العضلات الحافظة له
 في الهيئات المناسبة بل يتحرك لجميع الجهات ويميل بالاكثرا الى الامام
 وبالجملة فانشاء الاطراف وتقوس الجذع الى الامام هي الهيئة المخصوصة
 للمولود

وبعسر جدا ان تعين بالضبط الارزمة المختلفة التي يتخذ فيها المولود هيئات
 جديدة لان ذلك يختلف باختلاف قوة عضلات الطفل اوضاعها والظواهر ايضا
 ان الانقباض العضلي الذي تحصل منه تلك الهيئات من حيث انه داخل تحت
 المظنة الارادة يكون واضح كلما تسلطن التأثير العصبي على البنية اعني كلما كل
 المخ وفعل وظائفه المعدلها فجميع حركات الطفل تكون اولاً ذاتية حاصلة
 من نفس البنية لادخل للاختيار فيها فيمكن ان يحمل لفمه في الايام الاول من
 ولادته جميع ما واجده حوله حتى انه شوهد في اطفال مولودين قريباً ومضطجعين
 بجانب بعضهم ان احدهم اخذ يد طفل اخر ووضعها في فمه حتى ملائه كله
 وصار يمصها بشراهة فالحركة في هذه الحالة غير اختيارية يقينا لكن كلما تقدم
 الطفل في السن مارس بحركات ذراعيه ويديه الاشياء التي يلاقيها ثم بعد ذلك
 يبعد عن نفسه ما يتعبه من الاشياء ويجذب اليه ما يشتهي ويفعل بذراعيه
 ويديه حركات الجذب والدفع على حسب احتياجه وشهوته فحركات الاطراف
 العليا التي كانت اولاً غير اختيارية لم تلبث قليلا حتى تصير اختيارية فانا قدم له
 لعبة او اصبع مثلاً اخذها حالا ومعظم الاطفال يذهب بيده نحو ثدى مرضعته
 او يدخل في فمه اصبعاً او اصبعين ويصم ما ثم بعد ممارسته الحركات الاختيارية
 للذراعين يمارس ذلك برأسه ايضا فاو لا يحركه لجهات كثيرة ثم يقدر
 على تثبيتته على العنق وكلما كملت ممارسة ابصاره صارت حركات الرأس اضبط

واكثر تحديدا فاذا بلغ نحو شهر يمكن من ادارة رأسه على وسادته يمينا ويسارا
اذا وجد في احدى الجهتين شيئا مضينا فاذا بلغ ستة اسابيع تحقق الاشياء
الموجودة حوله وامعن فيها النظر وسيما الضوء فان له فيه محبة مخصوصة
ولذلك امر وامن قديم بالتحرس من سقوط شعاع ضوئي بانحراف على
رأس جنين في المهد خوفا من ان يزوغ محور الابصار عن اتجاهه الطبيعي
فيتولد الحول

ثم ان الطفل لا يمكنه حفظ رأسه على عنقه الا اذا كل له ستة اسابيع او شهران
لكن لا يزال يحركه لجهات مختلفة على الدوام ويظهر انه حيفئذ ثقيل بالنسبة
لقوة عضلات العنق حيث يعسر عليه ما حفظه وتوجيهه لجهة مخصوصة وهذه
الاعتبارات جليلة النفع لانها ربما نفعت في تعيين الزمن الذي يحمل فيه الطفل
على الذراع بدون ان يخاف من حصول تعب له ويستنتج منها ان الاولى على رأينا
ترك الطفل نائما في مهده او ان يريض وهو محمول على وسادته وممر بته مادام
غير قادر على حفظ رأسه والغالب ان قدرته على ذلك انما تبدأ اذا بلغ شهرين
تقريبا ثم ذلك يختلف بحسب قوة الاطفال وضعفها وكما تصاب العمود
الفقري قوى الجذع على الاستمسك فاذا بلغ الطفل اربعة اشهر او خمسة تيسر له
الجلوس وتكون قاعدة جلوسه بين الجبنتين اللتين يأخذ تباعدهما عن بعضهما
في الزيادة شيئا فشيئا وحينئذ لا يكون هناك ما يمنع حمله على الذراع وكلما
عظم ذلك التباعد صارت هيئة الجلوس اسهل له فاذا بلغ سبعة اشهر او ثمانية
درج يمينا وشمالا وامام وخلف بسهولة عظيمة واما قوة الساقين وحركاتهما
فهما آخر ما يحصل وذلك في الشهر الثامن او التاسع وهو الحد الوسط
الذي يستمسك فيه الطفل على ساقيه ويمشي وقد يتعوق في المشي حتى
يجاوز السنة

ونتج من هذه الاعتبارات السابقة كلها ان هيئة انشاء الاطراف وتقوس
الجذع الى الامام هي الهيئة الخاصة بالمولود وان الحركات الاختيارية تظهر
اولا في الاطراف العليا فاليد التي كانت اولاً تمارس بدون اختيار تأخذ شيئا

فنياً في اتمام اعمالها على طبق الاختيار ثم تتعاقب في الظهور وحركات الرأس
ثم العنق ثم الجذع ثم الاطراف السفلى بحيث يخرج الطفل شيئاً فشيئاً من حالة
الجنود التي كان هو باعتبارها مجرد رسم صوري فعلم من ذلك انه لم يكن مستعداً
بطبيعته لان يمشي على اربع كما زعم ذلك بعض الفلاسفة وانما يكتسب ببطئ تلك
الهيئات تدريجياً فيمارس الحركات التي هي صفة افراد نوعه كلنا اخذ جسمه
في الكمال واشتدت قواه العضلية واذ تيسر للطفل ممارسة الحركات الغير
الاختيارية في الايام الاول من الولادة فذلك انما هو لوجود غموكاف في الترقوة
والعضد وعظام الساعد بخلاف الحوض الذي هو ضيق فان معظمه بل كله
غضروفي فلا يعطى للطرفين السفليين نقطة ارتكاز متين ولا للجذع قاعدة
استمسك واسعة بحيث يكفي ذلك للوقوف والمشي فقد ظهر لك ان جميع وظائف
بدن الطفل مرتبطة ارتباطاً قريباً بتركيب اعضائه فتنبه بنورها وتكمل
بكاملها وتتغير بتغيرها

الباب الثاني

في لون الجلد

من المهم هنا التأمل في لون الجلد فالاطفال عند ولادتهم يكون لون معظمهم
مستوياً وذلك لتسلطن الدم في منسوجاتهم فيوصل لهم لونه وانما يكون كل
من الوجه والجذع والاطراف زائداً اللون ثم من اليوم الخامس الى الثامن
يتناقص ذلك اللون غالباً وقد يكثر زمناً طويلاً فلا يمكن ضبط ذلك وانما
المحقق هو ان ذلك اللون الاحمر عارضى وبعد زواله في اى وقت كان تحلقه
الوان مخصوصة فاذا بقي لم يتبق شدة التي كان عليها اولا وانما يصير بنفسجياً
وسيمياً البدان والرجلان لكن لا يكون ذلك دائماً اماً اماره على الصحة اذ كثيراً
ما يكون مصاحباً للافتساخ الاوذيمياوى في الاطراف وسرجه في محل آخر
لذلك هذا اللون البنفسجى وللاحتقان الدموى العام في المولودين وقد يحصل
عقب اللون الاحمر الاصلى الوان اخر مخصوصة فيصير الجلد وردياً جليلاً وميضاً
او اصفر فاقعا واذا وضعت الاصبع على الجلد الاحمر زال ذلك اللون من ذلك

الحمل وتظهر ببله لون اصفر ثم يعود الدم شيئا فشيئا في الاوعية الشعرية بعد ان ذهب منها من ضغط الاصبع فيتبدل اللون الاصفر باللون الاحمر الاول وما يشاهد في تلك التجربة المذكورة يشاهد غالباً ايضا كلما اخذ ذلك اللون الاحمر في الذهاب اذ قبل ان يصير الجلد ابيض بالكليية يتلون بلون اصفر عام كانه فحاشي واعتبر كثير من الاطباء هذا اللون اليرقاني نتيجة مرض في الكبد وسنرد هذا الرأي بالمشاهدات الصحيحة ثم لا يخفى عليك سبب صيرورة الدم قليلا في المنسوجات وذلك بسبب ما تأخذ الاعضاء منه لتغذيتها في الايام الاول من الحياة خارج الرحم ويمكن ان يصير من ذلك منظر الجلد ورديا محمر كونه متوتر من العضلات المتينة المرنة على ان ذلك صفة متعلقة بالصحة ولذلك حرم بعض من شاهد هذا المنظر بان الطفل يكون سليما جيده الصحة اذا كان لون جلده ورديا جميلا مصقولا وكان لحمه متينا عند اللمس لكن هذا الاستنتاج في الغالب صحيح وان كان قد يتخلف احيانا ثم ان جلد المولود يكون اولا مغطى بطلاء زلالى يتخلف سموكته ويبقى عليه مدة ايام رطوبة يسيرة فيما بعض لزوجة وسما بين ثنياته او ان المادة الخارجة من التنفيس الجلدى تحدث بلامستها له تهيجا شديدا ثم فيما بعد يجف الجلد ولا يحصل من التصعد الجلدى فيه عظيم اهتمام

وقد اتبته لهذا اللون الاحمر الذي تكلمنا عنه كثير من الاطباء في كل زمن ووطن بعضهم انه ناشئ من الاعتياد على غسل المولود بالماء الفاتر لاجل ازالة الرطوبة الذهبية المظلي بها عادة مع انه شوهد هذا اللون في الاطفال قبل غمطهم المذكور فلذلك يقرب للعقل انه ناشئ من زيادة الدم في المنسوجات زيادة واطرة ولا ندري احق ما يقال ان المولودين بهذا اللون الاحمر يصيرون فيما بعد اكثر بياضا من ولد بدون ذلك كذا اشتهر عند العامة الا ان ذلك لم يحقق بمشاهدات الاطباء

وقد ينشأ تلون الجلد بعد الولادة من الشمس او درجة الحرارة او من هيئة محال سكنى المولود فان الذين يولدون في المدن الكبيرة يكونون دائماً اكثر ابتعا

وبياض من المولودين في الارياض المعرضين دائماً لاشعة الشمس
 ثم مع هذا التأثير لدرجة الحرارة والافاليم في الطفل يشاهد انه متى دخل
 في الطفولية حصل للونه تنوع خاص بمزاجه وبنيته ولا يظهر لونه الحقيقي
 ظمورا واضحا الا اذا اكل له ثلاثة اشهر تقريبا فيمكن حينئذ ان تميز الاطفال
 الى سمرة وشقر وغير ذلك واما الشعور فيميز لونها المخصوص في سن اقل من ذلك لكن
 في السن المذكورة يصير جلد الخدع ابيض او اسمر والوجه منتعقا او ملونا
 وترسم تقاطيعه الخاصة بكل بنية قبل ذلك ومن الحق انه قد يحصل من
 اسباب كثيرة خارجة تنوع في البنية والمزاج لهؤلاء الاطفال وانما نقول هنا
 انما يتبدأ تميز اللون الخاص بكل طفل اذا كان سنه من شهرين الى ثلاثة اشهر
 وكلما تقدم في السن اتضح لونه غاية الاتضاح

الباب الثالث

في سقوط الحبل السرى

لنجت هنا عن جميع الظاهرات التي تسبق او تعقب سقوط الحبل
 السرى ولقد ذكر المؤلفون في الولادة والطب الشرعي اشياء مهمة في ذلك
 الموضوع ونسأهلوا في اشياء اظهرتها المشاهدات وسبقنا على الاثر
 في ثلاثة فصول

الفصل الاول

في جفاف الحبل السرى

قال بليار جفاف الحبل السرى والزمن الذي يتصل فيه عن البطن تغريمها
 احوال كثيرة تختلف باختلاف الاشخاص فلاجل فهم هذه الاحوال على
 ما ينبغي ان ذكر اول المشاهدات التي هي قاعدة هذا الباب واقابل نتائجها
 بما ذكره المؤلفون السابقون على ولقد استنبطت تلك المشاهدات من ستة
 وثمانين طفلا مختلفين في السن ونوعي الذكورة والانوثة وممتعين بحسب الظاهر
 بصحة جيدة وولدوا ببيت الولادة يسارس في وقت معلوم التاريخ بالضبط
 ولئذ ذكرنا اول الفروق التي ذكرها القوابل بين الحبيلات السرية وذلك ان بعض

تلك الحبيلات قد يكون كبيرا الحجم رخوا وذلك ناشئ من كثرة الهلام فيه المسمى
 بهلام وارثون وبعضها يكون صغيرا دقيقا يحتوى على قليل من الجوهر الزلالى
 المذكور اى الهلام فالنوع الاول يجف فى زمن اطول من الثانى وفيه ميل
 لان يلين ويتقجم غالبا ولا سيما من قاعدته والنوع الثانى يسرع جفافه ويصير
 شفافا واذا جف يشاهد فى منسوجه خطوط مسودة هى عروقه التى انسدت
 تجاوبقها والنسبة بين الحبيلات السرية الرقيقة والحبيلات التى قيمها مقدار
 عظيم من تلك المادة الهلامية هى ان الحبيلات الاول تكون على الثلث من
 الثوانى ثم ان الحبيلات قبل جفافها تذبل ويمكن ان يعد ذبولها اقتساما
 او درجة اولى للجفاف قال بليار وهما هو ما شاهده فى الزمن الذى ابتدأ فيه
 ذلك الذبول والجفاف وذلك ان من ستة وثمانين طقلا ستة عشر كان حبيلمهم
 قليل الذبول بل رطبا وكان رخواقه بعض زرقة ومتنبا كثيرا وماليا كله لعقدة
 الرباط وكان قطعه ايضا جيدا وطفل من هؤلاء الستة عشر كان سنه خمس
 ساعات وستة منهم كان عمرهم يوما كاملا واربعة يومين واربعة ثلاثة ايام فيمكن
 ان يشاهد ذبول الحبيلى فى اليوم الاول من الولادة الى اليوم الثالث منها فلا
 يصح ان يقال ان الجفاف الذى يعقب الذبول عادة لا يتبدأ دائما الا بعد اليوم
 الثالث لانه قد يتبدأ فى اسرع من ذلك ثم من الستة والثمانين المذكورة اربعة
 وعشرون ابتداء جفاف حبيلمهم من الطرف حتى وصل الى النصف بل امتد
 الى قرب قاعدة الحبيلى وكان سن سبعة منهم يوما واحدا واحد عشر يومين
 وثلاثة ثلاثة ايام وثلاثة اربعة ايام وفى بعضهم كان الحبيلى عريضا كثيرا الرخاوة
 من قاعدته ويحيط به حوية جلدية سمكية بارزة وفى الجميع لم يوجد فى طرف
 الحبيلى قطع نقي وابتدأ فى الاسوداد والانتقال وصار اكثر اطلاقا فى الرباط
 وفى اغلبهم لم يوجد التهاب فى السرة فعلى مقتضى ما ذكرنا يتبدأ الجفاف غالبا
 فى اليوم الاول والثانى ومع ذلك قد يتأخر الى الرابع
 وزمن الجفاف يختلف ايضا فى الستة والثمانين طفلا الذين ذكرتهم خمسة
 وعشرون كان حبيلمهم جافا بالكلية وكان سن خمسة منهم يومين وتسعة ثلاثة ايام

وخمسة خمسة ايام واربعة اربعة ايام وواحد يوما واحدا ونصف يوم فيؤخذ من ذلك ان زمن الجفاف السام ثلاثة ايام غالباً ومع ذلك فقد لا يحصل الا في الرابع او الخامس او في اليوم الاول كما عرفت ذلك لكن ينبغي ان تنبهك على ان الحبيل في الحالة الاخيرة كان رقيقاً جداً وبسبب ذلك تعجل جفافه

وبعد انقطاع الحبيل السرى حالاً تنقبض او عيته وتحتفي في المادة اللينفاوية التي تتكون منها سموكة الحبيل وتلك اللينفا تبداً أحياناً في الجفاف اذا الميزل الغشاء الخارج المحيط بها حفاظاً لاسترخائه وابتداء الجفاف لا يكون دائماً من طرف الحبيل فقد يظهر أحياناً في الابتداء من محاذاة الرباط ويبقى الجزء البعيد عن ذلك على رخاوته زمنياً ثم ان الحبيل مع ذلك يضم ويقصر فيحصل فيه تقلص حقيقي من الدائرة للمركز وينتج من ذلك انضغاط العروق وتقرطحها فتصير متعرجة وتشارك غيرها في الجفاف فتكون منضغطة انضغاطاً متيناً في سلك اللينفا الجافة التي تمتع انقباضها زيادة عن ذلك فلا تكون الا خيوطاً صغيرة مسودة اكثر عتامة من جسم الحبيل الذي هو نصف شفاف تسبح في وسطه تلك العروق والرباط في هذا الزمن غير نافع بالكلية فلا يجفاف من التزيف من طرف الحبيل ثم لا يزال الجفاف اخذاً في التقدم تدريجاً نحو السرة ويقف في محاذاة الحوية الجلدية التي يتصل منها الحبيل حالاً سواء بتقريب حقيقي او بشبه انفصال ذاتي مشابه لانفصال ذنب الثمرة من الطاقة القرعية من محل ابتداءه الاستداري فيتكون من المادة الهلامية الجافة لا من بشرة الجنين كما قال غريديان حول الحزم الثلاثة الوعائية شبه عقدة تضغط على جدران هذه الاوعية فتقرطحها ويوجد دائماً بين هذا المحل المنضم والمحل الذي يتصل فيه الاوعية الثلاثة السرية عن بعضها لتذهب لمحالها المعينة هي لها مسافة او عنق يختلف قصره ولا يكون الحبيل فيه الا خزمة وعائية صغيرة هي آخر تعلق للبطن بالحبل ويتحرك ذلك الحبيل عليها جميع الجهات كالذي يتحرك على مدار ضعيف وهذا الربط الوعائي محاط احاطة خالصة بالحوية الجلدية السرية التي يبقى عليها بعد انفصال الحبيل جرح جلدي خفيف لا يحدث ضموراً

في الاوعية السرية خلا لما زعمه غرد بان خلد السرة يتكر مش يقينا اذا جفت
قاعدة الحبل غير انه يجذب بالليف الحامدة وعند ما يتفصل يحيط الحبل
يرجع خلد السرة على نفسه فيكون الانكماش حينئذ نتيجة لاسباب الجفاف في
هذا المحل اعنى الذى انقطع فيه وجود اللينفا يتفصل الحبل ويعين على ذلك
حينئذ اشياء كثيرة لان صناع الجنين يسبب في كل لحظة ارتفاع الجباب الخارج
والسكبد وانخفاضه ما وذلك يسبب حركات انبساط وانقباض متعاقبة
في جدران البطن فينتج من ذلك جذب مستدام للاوعية السرية نحو باطن
تجويف البطن وايضا فان الجزء الخارج الجاف من الحبل لما كان في قاعدته
لحوية صلبة مجذوبة بالسنة اى مثبتة في رباط مناسب كان معارضا للانقباضات
الباطنة بمقاومة قوية فينتج من ذلك ان الحبل السرى يكاد في المحل الذى
لا يكون هوفيه الارباط ضعيفا جذبا لا يقاوم من اطويل فينتهى الحال
بتمزقه وسقوطه فاذا كان يكون الجفاف سببا مهينا والجذب الذى ذكرناه سببا قويا
للسقوط الحبل السرى وربما انضج بذلك لاي شئ يترق الحبل دائما من
محل واحد ولاى شئ لم يشاهد اصلا انفصاله من البطن قبل الجفاف التام
للينفا وارنون

وجفاف الحبل ظاهرة فيسيولوجية اى صحية خالصة ترتبط بالظواهرات
الحوية اى المتعلقة بالحياة واما جزء الحبل المتعلق بالشمية فلا توجد فيه كالجزء
المتعلق بالطفل ظاهرات الجفاف وانما يدل ويكون بحسب شامة لا فعل له بخلاف
الجزء البطني من الحبل فان جفافه ينقطع حينما تنقطع حياة الجنين اى
فلا يحصل اذ مات الجنين عند الولادة او انه يتأخر حصوله حينئذ من اطويل
فالحبل السرى يدل ان يجف ويسقط في بعض ايام كما يشاهد ذلك مدة الحياة
يكاد في الرمة فسادا حقيقيا محالفا بالكلية لجفافه الاعتيادى ويشاهد كل يوم
بالاوروبا اطفال موفى تحمل ليوم التسميح لاجل الاعمال التسميرية فحينئذ
فيها بعض ايام بدون ان يجف حبلهم بل يبقى رخو امنفتح الاوعية بحيث يمكن
ان يحقن امامة الحياة فان الحبل يجف والاوعية تنسد في اليوم الاول والثاني

او الثالث وذلك كله محقق بالمشاهدات قدشوهدهم من حبيلات الموتي من
 بقى دخوا سهل الاثناء الى اليوم الرابع والخامس وان كان الغالب حينئذ
 ان يسقط في الفساد والتعفن قال بليار ايضا وقد يتيسر الى الحقن بعد علم اربعة
 ايام لحبيل طفلي مات عند الولادة نهايته ان ذلك بعد الاحتراس على ترطيب
 محل القطع الذى حصل فيه بعض ذبول ولم يكن في ذلك الحبيل ادى درجة
 من الجفاف بل كان كثيرا للين فلذلك ينبغي ان يعتبر الجفاف الاعتيادى للحبيل
 ظاهرة فسيولوجية كما قلنا لا تحصل الامدة الحياه وتقطع باقطاعها
 ولتأيد ذلك نذكر ثلاث مشاهدات وهى ان ثلاثة نواتم ولدوا في الليل لحياه
 من اليوم العشرين الى الاحد والعشرين من الشهر وكانوا ضفاف البنية وحلوا
 بعد ذلك ببعض ساعات الى بيت الاطفال الملتقطين فواحد منهم مات بعد الولادة
 بست ساعات فكان حبيله السرى وخوا غير ذابل وواحد آخر في مساء لليوم
 الثانى والعشرين فكان حبيله مفرطها مقتولا جافا الى نصف طوله وثالثهم مات
 في صباح اليوم الثالث والعشرين فكان حبيله جافا في معظم طوله وكل منهم
 لم يوجد على سرته الدآثره الجراء والطفل الذى مات اولاً كان محفوظا ومطوقا
 بنجرقه وفي صباح اليوم الرابع والعشرين شوهد حبيله فوجد ان الجفاف
 لم يبتدأ فيه وانما كان فيه بعض ذبول ففي هذا الجنين لم يحصل الجفاف
 لان الموت منع حصوله بخلاف اخويه اللذين عاشا بعد وفاته شوهد فيهما
 ابتداء هذه الظاهرة وسيروا دارها فلما حصل الموت منع تمام سيرها
 ثم في توضيح ارتباط هذه الظاهرة التى هى بحسب الظاهر طبيعته بالحياه
 ارتباطا قويا نقول بدون ان نجزم بمواقعة الصواب وانما هو قريب للحقيقة
 ان الحرارة الحيوانية التى يوصلها الجنين للحبيل مدة الحياه ربما تعين على
 تبخير لينفا وازتوت وجفافها بخلاف الرطوبة التى تتصاعد من الرمة فلنفسها تحفظ
 لين هذه اللينفا وتعرض حصول الفساد وتحليل التركيب وعلى كل حال فهذا
 الامر الواقعى موجود ويظهر ان من المهم توضيحه لانه يتعلق به عمل في الطب
 الشرعى وذلك لانه اذا بحث في طفل بعد ولادته بزمان ما واخرج من قبره وكان

معه حبيله فانه يلزم التأمل في ذلك الحبيب هل فيه صفات الخفاف الاعتيادي بان كان اشقر مفرط حامقنولا واوعيته منسدة جافة او انه لم يرل رخوا او في حالة فساد وتنعن شبيه بالحالة العامة للرمة لان الطفل في الحالة الاولى لم يكن ولدميتا بل يمكن انه عاش يوما او يومين لان الخفاف الذي لا يحصل الامدة الحياة لم يكن ابتداء فيه بخلاف الحالة الثانية فان الطفل يمكن ان يكون ولدميتا ولم يعش الا زمنا قليلا لان حبيله الرخو الذابل لم يحجب الخفاف الاعتيادي فهذا هو الامر المهم للطبيب الشرعي ويمكن ان يجزم من ذلك بان الطفل مكث حيا زمنا مامتي كان الحبيب السري في رمة هذا الطفل جاف لمفرط حامقنولا مسعرا واكله انه عاش يوما كاملا هذه الحالة في الحبيب ليست حالة رمية ولتذكر لك بالاختصار النتائج التي تؤخذ للطب الشرعي من البحث في الحبيب السري قبل سقوطه فاوان جفاف الحبيب لا يمكن ان يحصل الامدة الحياة وثانيا ان هذا الخفاف ينقطع سيره من لحظة الموت او يبطى بطئا رائدا وثالثا اذا كان الحبيب رطبا وفي ابتداء الذبول جازان يكون الطفل ولدميتا ولم يعش الا زمنا يسيرا ورابعا اذا حصل في الحبيب قبل ذلك ابتداء جفاف بل او جفاف تام جازان يكون الطفل عاش ولو يوما واحدا وهذه النتائج تكون اقوى حقية كلما كان البحث في الرمة في زمن اقرب لزمن الموت

فاذا ترلنا الحبيب السري في الرمة الى التعفن صار او لا يبض مخضرا ثم يتكرمش من طرفه ويذبل فتتفصل جليده بسهولة غير انه نفسه لا يفصل عن البطن من محل اندغامه كما يشاهد ذلك مدة الحياة وانما يمكن ان يتزق من محال مختلفة بل قد يصغر ويحجب بعدمدة فاذا غمس الطفل في الماء زمنا طويلا بقي الحبيب رخوا وصار سهل التزق ومثل ذلك اذا مات وابقى مدة في مياه الامنيوس اما في عكس ذلك فانه يكون اكثر مقاومة واقل ليينا فالاوعية السرية التي هي بمنزلة الاصل له يحصل منها بعض مقاومة تعارض الحذبات التي تحصل لاجل قطعها قال بليار وما شاهدت ابدا جفاف حبيب لطفل مات عند الولادة قبل خمسة ايام او ستة وقد شاهدت في تلك الحالة انه لم يرل حافظا لشكله

الاستداری وسلاسته ورخاونه زمانطوبلا ولقد دعي الطبيب اوليغير مع بعض
اطباء مشاهدة رمة طفل تام الا شهر وكان ذلك الامر يتعلق بالطب الشرعي
وكان الطفل مات منذ ثمانية ايام وتسعة فوجدت اعضاؤه متحولة الى حالة عفونة
زائدة ووجدت التجاويف ممتدة بغازات ومنسوج الرئة متحولا الى مادة
ليسة عفنة والحبيبل الذي كان يظهر انه لم يربط شارك الرمة في الفساد العام
وكان طوله اربعة قراريط تقريبا وكان غشاء الحبيبل قرب الحوية السرية
غلالة رقيقة تشاهد من خلفه العروق السرية وبدل ان يكون جافا
مفرطجا ملتفا على نفسه كما يشاهد ذلك في العادة كان على شكل كيس
مكرش من محاذاة قطع الحبيبل وقد زالت من باطنه هلامية وارنون وكان هذا
الكيس يشبه غمدا غشائيا رقيق الجدران شفافا مناسبا لجزء من المعاء
متمدد بالغاز جاف واذا لمست بشرة جلد البطن ارتفعت ومع ذلك كان في غشاء
الحبيبل والحبيبل نفسه مقاومة عظيمة فهذه الحالة المخصوصة لا يمكن اشتباهاها
بالجفاف الاعتيادي للحبيبل الهرى لان هذا الحبيبل كبدنا فسادا رميا
لم يسبب مع ذلك سقوطه لان الحالة التي تحدث تلك هذه الحياة لم توجد
في الحالة المذكورة قال بليسا وقد شاهدت ان الغالب ان لا يتبدأ نفخ الحبيبل
الا بعد فساد الاجزاء الاخرى من الرمة بحيث لا يوجد الحبيبل متعفنا فاسدا بدون
ان تخضر جدران البطن وتصبغ الاعضاء الاخرى في حالة فساد واضح

الفصل الثاني

في سقوط الحبيبل الهرى

بعد ان ذكرنا ظاهرات جفاف الحبيبل لزمنا ضرورة ان نبحث عن سقوطه
والظاهرات التي توجد اذ ذلك وقد عرفت فيما سبق الاحوال التي تهيج الحبيبل
لهذا السقوط وذكرنا ايضا ان جفاف اللينفا متى حصل لا يكون الحبيبل
ممسوكا الا باصل وعاني مكون احيايا من جميع الاوعية الثلاثة التي تتزق
بعد ذلك على التوالي بحيث لا يوجد في الاخر الا وريد سرى او احد الشريانين
او هما معا

والمولفون وضحو ان ظاهرة سقوط الحبل بكيفيات مختلفة فيها لير ومن معه
نسبوا ذلك لنوع غنغرينا وغرديان جعل السبب هو انكماش البشرة وشوسير
نسبه لعمل التهابي يظهر في السرة وعلى هذا الرأي بكلا رواو وفيلادوفابرون
واما الطبيب دينيس الذي له في هذا الموضوع تفتيش مهم فزعم ان انتفاع
قاعدة الحبل وتعطينها مدة الجفاف في المصل المخاطي المنفرد وتخليص الجلد
والحلل العنق للنفثا وارنون جميع ذلك يسبب انفصال الحبل تدريجيا
وهؤلاء الاطباء شاهدوا يقينا في بعض الاحوال التي ذكرناها قريبا نوع
تقيح اصلي في قاعدة الحبل ~~لكن~~ ليس ذلك دائما تمام هذه الحالة عارضية
كما نستدل على ذلك واما رأي هالير فساقط من اصله فاذا يكون المختار
الموثوق به يقينا هو ما قلناه قال بليار ولنبحث الآن على الامور الواقعية
التي استند عليها رأينا

وذلك ان الزمن الذي يسقط فيه الحبل يختلف كثيرا فمن الاطفال الذين ذكرت
عدد هم سابقا احد وعشرون طفلا كان الحبل ساقطا فيهم لكن ستة عشر من
هؤلاء كان السقوط فيهم جديدا فتم اثنان في يومين وثلاثة في ثلاثة ايام وستة
في اربعة ايام وثلاثة في خمسة ايام وواحد في ستة ايام وواحد في سبعة ايام وسقط
هذا بين يدي وواحد في تسعة ايام وآخر في تسعة ايام وكانت سرته جافة
ملقحة وواحد في عشرة ايام وكانت فيه السرة ملقحة والحوية الجلدية قليلة
العرض والبروز وطفل آخر وهو الاخير كان له خمسة عشر يوما وكانت الاثره
السرية جيدة الالتحام ومع ذلك كانت السرة بارزة غليظة محاطة بدائرة حمراء
فالظاهر ان السن الذي يحصل فيه غالب هذا السقوط هو من اربعة ايام الى
خمس وان جاز ان يسقط قبل هذا الزمن المتوسط وبعده فالحبل حينئذ يبدل
عادة في اليوم الاول وفيه اوفي آخره يمتد الجفاف ولا يتم الانحوا الثالث ولا يتم
انفصال الحبل من البطن الا من الرابع الى الخامس غير اننا نقول ان هذه
القواعد الكلية لها مستثنيات كما علمت ولذلك يظهر ان من العمر تحت سن
سن الطفل بالضبط عند سقوطه فلا ينبغي لذلك مزيد اهتمام حتى يترتب عليه

ما يلزم في الطب الشرعي ولا ان يبحث في تحريره هذه القواعد ليتسلك بالاقوى
 منها واقد توافق رأينا على تلك الازمة المختلفة مع المؤلفين الذي اشتغلوا بذلك
 الموضوع وسببا غريبا فانه قال ان الحبيل يسقط غالبا من اليوم الرابع الى
 الخامس وقال اورفيلانه يتدأ جفافه في اليوم الاول ويسقط غالبا في الرابع
 او الخامس او السادس ودينيس شاهد ان جفافه نحو اليوم الرابع وسقوطه
 في الخامس او السادس او السابع او الثامن ولا يخفى عليك هذه الاختلافات
 وسببا اذا انضم لها المستنبيات التي ذكرناها في مشاهدتها ولكن يمكن
 ان نستنتج منها بعض نتائج اذا راعينا الاسباب التي قد تحدث اختلافاتها
 وليست نتيجة اتفاقية اى صادرة حسبا اتفق كما سنثبت ذلك في البحث عن
 ما يحصل في السرة عند سقوط الحبيل

وانه ذكر اول ان اندغام الحبيل في البطن له منظران مختلفان لانه اما ان يكون
 عريضا في قاعدته وتكون الحوية الجلدية المحيطة به زائدة البروز وتتقدم
 احيانا على الحبيل اربعة خطوط بل ستة واما ان يكون الحبيل رقيقا دقيقا
 والحوية الجلدية قليلة البروز والوضوح ومتمكة رشيعة عليه ويوجد في جزء
 منها الهيشة التي تحصل لها اذا تكونت الاثر السرية ففي الحالة الاولى يحصل
 غالبا في قاعدة الحبيل تقيع تختلف كثرته وتذهب الحوية الجلدية في الغالب
 وتكون فيها دآثره جمرآة تبقى زمنا طويلا وفي الحالة الثانية يجف الحبيل
 عادة بدون تقيع ويمكن ان لا تظهر الدآثره الانهائية فالجفاف وحده ينتج
 الانفصال الذي يحصل بالكيفية التي ذكرناها كما يشاهد ايضا عادة
 في صغار بعض الحيوانات كالكلاب مثلا فان حبيلهم يجف ويسقط بسرعة
 ولكن قبل ان تبعد عن هذا المبحث نذكر الامور الواقعية التي بنياعلمها التمييز
 الذي ذكرناه في الستة والثمانين طفلا الذين عرضوا للمشاهدة تسوا واحد منهم
 كان عمره يوما واحدا وحبيله رخو والسرة بارزة جمرآة متفتحة ولكن
 لم يحصل فيها الى ذال الوقت تقيع ولقد شاهدت احمرار السرة مع اتقاقها بدون
 تقيع في سبعة عشر طفلا وكان عمر ثلاثة منهم يوما واحدا وكان نصف طول

الحبيل جافا في اثنين منهم وتام الجفاف في الثالث وستة من هؤلاء الاطفال
كان عمرهم يومين وكان الحبيل جافا في واحد منهم ونصف جاف في ثان وثالث
ورابع والخوية الجلدية فيهم كانت بارزة والحبيل في الخامس كان جافا وكان
في السادس غليظا رطبا مدحما من قاعدته واربعة اطفال كان عمرهم ثلاثة
ايام فاولهم كان حبيله جافا وثانيهم ذابلا وثالثهم جافا رقيقا والخوية الجلدية فيهم
قليلة لبروز ورابعهم كان حبيله جافا وطفلا كان عمرهما اربعة ايام وكان
حبيلهم مارطبا من القاعدة وجافا في ثلثي طوله وطفل كان عمره خمسة ايام وكان
سقوط حبيله جديدا وكانت السرة رطبة وواحد كان له خمسة عشر يوما وسقط
حبيله من زمن طويل وكانت السرة ملتجة والخوية الجلدية بارزة جدا وبعولوها
دائرة حمراء فهذه هي الاحوال المختلفة للحبيل في الاطفال الذين شاهدت
سرتهم حمراء منتفخة بدون تقيج والآن اذكر حالة ثمانية اطفال كان معهم
في السرة ما عدا الاسرار والانتفاخ تقيج فواحد منهم كان عمره يوما واحدا وكان
حبيله جافا والسرة قليلة البروز والدائرة الحمراء التي تعلوها خفيفة جدا وثلاثة
كان عمرهم يومين ففي اثنين منهم كان الحبيل جافا من طرفه ولكن اندغامه كان
واسعا والخوية الجلدية زائدة البروز وكان الحبيل سقط قريبا في الطفل الثالث
وثلاثة اطفال كان عمرهم ثلاثة ايام ففي اثنين منهم كان الحبيل جافا وما كان
في الثالث الا ذابلا وطفل كان عمره خمسة ايام وكان حبيله جافا غير انه كان غليظا
وعريضا جدا من محل اندغامه وطفل واحد عمره ثلاثة ايام كان معه تقيج كثير
في قاعدة الحبيل بدون احمرار مجاور له فاذا كان في الاطفال الستة والثمانين
المختلفة الاعمار ستة وعشرون فقط كان معهم آثار واضحة للعمل الالتهابي
في حوالى الخوية السرية فليس هذا الالتهاب لازما لسقوط الحبيل وليس حالة
يلزم مصاحبتهما لهذا الانفصال فاني لم اشاهده مع غاية الانتباه في الاحدى
والستين طفلا تمام العدد الذي ذكرته وينبغي ان تنبهك على ان هناك
فرقتين تقيج قاعدة الحبيل ورشحه الدموى اللذين يعرضان في عمق السرة
بعد سقوط الحبيل فان في الاحدى والستين طفلا المذكورين لم يظهر لي

في الحبيل تحليل عن ولم اشاهد الا جفاه مع اني شاهدت غالباً حصول
هذا السقوط بالكيفية التي ذكرتها بدون اعانة من التهاب فلا ينبغي زيادة
الاهتمام بذلك في الطب السري كما فعل عظماء المؤلفين في غيبة او وجود
دائرة جراء في السرة حينما ارادوا ان يعينوا اهل الطفل المبحوث في رتمته مات
قبل الولادة او معها او بعدها

وهذا الاجرار الانتهاء ناشئ من سبب ساجتهد في بيانه قد ذكرنا ان الاجرار
والتنقيح في السرة لم يظهر الا في نحو ربع الاطفال الذي عرضوا للبحث
ومعظم الاطفال الذين توجد فيهم هذه الظاهرة يكون معهم حوية
جلدية سرية واضحة جدا بخلاف الحبيل الذي فيه كثير من لينفاوارتون
فان اندغامه في البطن يكون عريضا فعلى ذلك يصح ان ينسب هذا التهاب
لبروز السرة التي يعرضها لزيادة الاحتكاك بالملابس وبالحبيل الجاف الذي صار
بالجفاف خشنا اذ قد يشاهد في لينفاوارتون وفي المنسوج الخلوي المحيط معها
باوعية الحبيل مواد تنقيح تختلف كثرتها وهذا الاجرار في الغالب جزئي
ولا يظهر الا في الجزء الذي ضغط عليه الحبيل وقد يظهر هذا التهاب ويرزول
مرات كثيرة سواء بقي الحبيل او سقط من زمن طويل ولا يندران يشاهد
بقاؤه اسبوعا كاملا ويصير منشأ نجرة في جدران بطن المولود فلاجل التحرز
من التهيج الذي قد يحدث من ملاسة الحبيل الجاف لهذا الجزء ينبغي الاتقاء
لقطع كل ما جف منه وان يوضع دائما على السرة رفادة مثقوبة من مركزها
ليخرج منها الحبيل

ومن حيث انه يوجد في سقوط الحبيل السري ظاهرتان مختلفتان وان في حالة
منهما تلتب السرة وتنقيح بكثرة وفي الحالة الاخرى يحصل الانفصال بمجرد
الجفاف المصحوب احيانا برشح دموي خفيف في القاعدة لكن بدون ان يكون
هناك التهاب افرأى يمكن ان يسأل ويقال ما الحالة التي يسقط فيها الحبيل
باسرع ما يكون ولنجب عن هذه المسئلة بالامور الواقعية وذلك ان في الاحد
والعشرين طفلا الذين كان جيبيلهم السري ساقطا وذكروا انهم لا قريباً شاهدنا

الداثرة الحمراء للسرة في ثلاثة منهم فقط احدهم عمره خمسة ايام وكان معه الاحمرار بدون قيج وآخر عمره ثلاثة ايام ومعه الاحمرار والتقيح والثالث عمره خمسة عشر يوما وكان سقوط الحبيبل فيه قديما وشوه في سرته داثرة حمراء التهابية واما الثمانية عشر الباقون فلم يوجد فيهم اثر احمرار وقد ذكرت لك ستة وعشرين طفلا لم اجد فيهم اثارا واضحة لعمل التهابي في قاعدة الحبيبل ولا فيما حوالى الحوية السرية ففي معظمهم وان اختلفوا في تقدم السن كان اندغام الحبيبل ايضا متينا ولم يكن الحبيبل فيهم جافا من قاعدته فيوجب ذلك لا يكون التهاب قاعدة الحبيبل شرطا لتحريض السقوط بل العكس اى انما يظهر الالتهاب في الحالة التي يكون فيها السقوط عادة كتر تأخر او تقهقر الان الحبيلات التي تتقيح غالبها هي التي تكون فيها لينفا وارئون كثيرة جدا فعلم من ذلك ان جناف قاعدة الحبيبل من الشروط اللازمة لسقوطه واما كثرة اللينفا فتعوق اى تقهقر هذا الجفاف فيوجب ذلك يتعوق سقوط الحبيلات التي فيها هذه اللينفا فهنا كل من المتعقل والمشاهدة يقوى احدهما الآخر لان تعقلاتنا تهاهى مؤسسة على المشاهدات ومع ذلك من حيث انه قد يتفق احيا ما ان الالتهاب يظهر ايضا في حوية رقيقة يدغم فيها حبيبل رقيق دقيق جدا يكون من المعلوم انه قد يوجد سقوط الحبيبل قبل او انه حتى في احوال الالتهاب السرى لكن هذه الحالة نادرة جدا فاذن فعتبر هذا الالتهاب مجرد شئ عارضى لانه عمل لازم لسقوط الحبيبل وان كانت جميع المشاهدات التي ذكرها اورفيل في كتاب الطب الشرعى يعلم منها ان جميع الاطفال كانت الداثرة الحمراء موجودة في سرتهم ويمكن ان يستنتج من جميع ما سبق ان انفصال الحبيبل السرى ناتج من الانقباض الذي تفعله اللينفا الخاففة في العروق السرية في محاذة السرة وان هذا السقوط يتعرض من جذب البطن الى الداخل والخارج هذا الجزء الضيق الخاف السهل التمزق من الحبيبل وانه لا يوجد في هذه الحالة غفريتا في الحبيبل كما نظنها هالير ولا انكماش في البشرة كما قال بذلك غريديان حيث لا تقدر على فعله هذه الغلابة الرقيقة الحامدة الفعل وانه انيس هنالك انقباض في الجلد مع التهاب في السرة كما

زعم ذلك قايرون وأنه لا يلزم لذلك عمل التهاني ولا تقبيل حقيقي كما قال بذلك كثيرون
وان هذه المظاهرة الاخيرة التي لا تحصل الا في احوال مخصوصة لا تعتبر سببا
لازمالسقوط الحبيل ومع ذلك من المعلوم ان التهاني الاجزاء التي توجد فيها
اوعية وتقبيلها لا يسببان دأتماغزق هذه الاوعية فانه كثيرا ما تشاهد اوردة
وشرايين تبقى سليمة في وسط خراج كبير وقد شاهد بكلار ان الشرايين في وسط
الاجزاء المتهبة لا تلتب في معظم الاحوال بل في كلها وذك في بعض كتبه
امورا واقعية تقوى ذلك فاذا كان الامر كذلك كيف يقال انه يلزم وجود
عمل التهاني في السرة حتى تسبب عنه سهولة تأكل الوريد والشرايين السرية
ويتبع ذلك سقوط الحبيل

الفصل الثالث

في التحام السرة

لاجل ان يعرف جيدا ما يحصل في السرة بعد سقوط الحبيل يتبعني ان لا يحل
النظر في هاتين الحويتين السريتين اللتين تكلمنا عنهما احداهما وهي القليلة
البروز الداخلة في نفسها وتوجد عادة في الحبيلات الدقيقة الرقيقة وثانيتهما
التي هي غليظة بارزة جدا وتعاين مجزء عريض منها قاعدة الحبيل التي يظهر
انها تنبسط عليها وتوجد كثيرا في الحبيلات الغليظة الرطبة وكما حصل
شي من الجفاف تكثرش اولا محيط السرة وفي هذا الزمن يوجد في السرة احيانا
حلقتان جلديتان احداهما داخلة في الاخرى واذا انفصل الحبيل باستدارة
صارت الدائرة السرية خالصة وتتكون حينئذ فوهة الانخساف القمي
الشكل الذي قد يعلق الحبيل في عمقه ايضا يعرق او عرقين ولم يلبث الجمال
قليل حتى تتمزق تلك العروق فيوجد في طرف هذا الانخساف القمي
او في عمقه الاطراف المقطوعة لتلك الاوعية محاطة بنسج خلوي ومحفوفة
في محاذاة الدائرة الصفاقية الاتية من الخط الابيض لهذا الجزء باعداد
اي زائدة من الشريط الصفاقي المستعرض المغطى لظاهر البريتون وهذا
الجزء من الحبيل مركب من شرايين جدرانها سميكة في هذا النحل مكونة

هناك هيئة انتفاخ مغزلي ومن الوريد السري ومن طرف الاوركوس وجميع هذه
الاجزاء تنخسف شيئاً فشيئاً نحو التجويف البطنى بسبب انكماشها وهما سبب
الانكماش على ظني وذلك لان الشريانين السريين والوريد السري تشارك الحسم
في النمو العام الى وقت الولادة اما بعدها حيث يبطل فعلها فلا تقبل دماً وتبدأ
في الانسداد وكان قطرهما وطولها يقصران معاً عند ذلك ثم بسبب
النمو السريع للطفل في الايام الاولى من الحياة والعظم والانساع لجدران البطن
تتسع على التدريج المسافة التي بين السرة ونهاية العروق السرية غير ان هذه
العروق تضمر ولا يحصل فيها استطالة موافقة لنمو البطن فينتج من ذلك انها
تجذب نحوها الحوية السرية التي كانت اولاً بارزة مخروطة فتصير حالا
سطحاً منضغطاً على هيئة قمع وية عاقل ذلك الجذب بالحلقة الصفاقية للخط
الابيض فيتكون حينئذ كما قال وينس شبه كينس يحصل في عمقه تقبج لا ينبغي
اشتباهه بالتقبج الذي ينتج من فساد قاعدة الحبل في بعض الاحوال واذا تكوّن
الانخساف القمعي للسرة وحصل فيه التقبج الذي ذكرناه صار محل اندغام
الحبل في الغالب جافاً بالكلية واحوال هذا التقبج مختلفة فاولاً ان الحبل الذي
يحيط بالسرة ويكون دائماً ممتلاً منسجماً قليلاً في محاذة محل اتصال الحبل يتحول
بدخوله في نفسه الى هيئة غشاء مخاطي يفرز سائلًا صدياً وثانياً ان المنسوج
الخلوي الذي في عمق الكيس يسقط في التقبج ويشاهد ايضا في مركز السرة شبه
حدبة رخوة حمرة تختلف حرمتها شدة وضعفها مكونة من اطراف العروق المنضمة
مع بعضها وهذه تزول وتنخسف شيئاً فشيئاً في البطن واحياناً تلتهب وتصير
فطرية ويتكون منها في مركز الحوية الجلدية تولد اى مرتفع نائي يضطر لكبيه
بالكاويات ثم ان هذه العروق السرية يتكون منها في محل انضمامها زاوية
تأخذ في الانتفاخ شيئاً فشيئاً كلما حصل الانكماش السري واذا كان الانخساف
عميقاً انضم الحبل الداخلى المتكسر باستدارة الى حوافه ويكون ذلك الانضمام
اسهل كلما كان انضمام حوافه اخف فيظهر هنا التهاب التصاق فيحصل
في ذلك الحبل حينئذ اثره ترسم فيها خطوط صغيرة كثيرة مبيضة توجد في المحل

الذي

الذي حصل فيه ذلك الانضمام وتبقى ايضا مدة الحياة ويظهر كأن الجلد
انجذب لعمق السرة بواسطة الالتصاقات الخلوية التي تضعه في عمق الكليس
بالاوعية السرية وتأخذ هذه الالتصاقات في الضيق والتصلب شيئا فشيئا
ويتمنى حال الوجه الباطن للثنية الجلدية بان يجمع بمحيط الدائرة الصفاقية
للخط الأبيض

ثم عند انتهاء الالتحام في عمق السرة تكتسب الحوية السرية في الباطن شكلا
جديدا فلا تكون مستديرة بل تكون مركبة من ثنتين مخصوصتين احدهما
عليا تكون في الغالب غليظة جدا والاخرى سفلى تكون غالبا بل دأمة رقيقة
وشكلهما صليبي وتحدب احدهما يقابل تقعرا الاخرى فيتبع من ذلك في مركز
السرة انخساف كنصف دائرة تقعره يلمفت نارة الى الاعلى وتلوة الى الاسفل
وهو الغالب لان جذب الشريانين السريين اقوى في هذه الجهة من جذب
الوريد السرى وهذه الهيئة لا تختلف الا قليلا وتشاهد كثيرا في البالغين ومع
ذلك يحصل فيها تنوع فيما بعد من النمو والتدريجى للبطن وحالة السمن والرخول
ونحو ذلك غير ان الشكل الاصلى للسرة في اغلب الاحوال هو ما ذكرناه فاذا
شوهد في الرمة وكان هنالك في السرة رشع صديدي استتج من ذلك ان الحبيبل
سقط قريب والطبيب دينيس سمى بالحلقة الجلدية الوقتية الحلقة التي تحيط
بالحبيبل قبل سقوطه وسمى بالحلقة الدائمة الحلقة التي تبقى مدة الحياة وهذا
التمييز من الانصاف ولا بد غير ان صاحبه غلط في اعطائه لهذه الحلقة شكلا
دأمة يرامع انه ليس كذلك كما يمتنه ومن الواضح ان الثنتين او الحافتين اللتين
ذكرناهما نلتجمن من الجذبات التي يفعلها الشريانان والوريد في عمق السرة
لجهات متعاكسة فلما كان الجذب في العادة من الاسفل اكثر في الاعلى كانت
الحافة العليا غالبا معايقة ومحاذة للسفلى

والغالب ان الالتحام يتم من عشرة ايام الى اثني عشر وان رشع السرة يجف
ومع ذلك هو يختلف كثيرا ولكن الغالب الالتحام يسرعة وشكل السرة يكون
من الاسباب لطول او قصر الزمن الذي يستدعيه تمام الالتحام فيحصل ذلك

يسرعة اذا كانت الحوية رقيقة والحبيبل دقيقا اما اذا كانت الحوية غليظة ومتقدمة على الحبيبل فان الانكماش والالتحام يتعوق حصولهما بل قد تحفظ الحوية احيانا طول الحياة شكلها المرتفع المعوج لان هذه الهيئة تشاهد احيانا في البالغين وبالجملة اذا وجدت السرة في الاطفال ملتجة ينبغي ان تراعى هذه الاختلافات في شكل الحوية السرية فالسرة الرقيقة غالبا توافق الحبيبل الدقيق ففي هذه الحالة يتم جفاف الحبيبل وسقوطه واللتحام السرة قبل عشرة ايام اما اذا كانت السرة بارزة جدا فان القريب للعقل توافقها مع حبيبل سميك وينتج من ذلك ان الالتحام انما يحصل بعد عشرة ايام لا قبل تمامها

وقد يتعوق سير الالتحام او يتغير شكل الاثر من اسباب مرضية كالالتهاب وفقن السرة وبعض تشوهات خلقية لان كلا من هذه الامراض يجد له محلا في هذا السير ولا نطيل هذا الكلام على ذلك اذ قد نرجع اليه في ممح الجرة والفتوق البطنية وغير ذلك واذا بحث في مركز السرة باقباه وجد مشغولا بمجدة صلبة ناتجة من الاطراف المنسدة المجتمعة للشرانين السريين والوريد السري وكلما تقدم الطفل في السن ضاقت المسافة السرية وانخفضت الى الباطن الحدية والمركز السري وتقاربت حوا في الحوية الجارية حتى تقرب للتلامس واما الاثر الحقيقية اى الغلالة الالتحامية فانها تصير اكية وتبين في محاذاة الحدية الوعائية التى تكتمش شيأ فشيأ جاذبة نحوها المركز المنتظم للاثر السرية

الباب الرابع

في قفلس البشرة اى تقشرها

هنا ظاهرة مهمة ايضا كالتى ذكرناها وهى سقوط البشرة فخلد الاطفال بعد الولادة بزمن ما يتعري عن بشرته فيلزم ان يعلم اولازمن هذا التقفلس البشرى وثانيا كيفية حصوله وثالثا التباين النفسى ولوجية والعملية التى تؤخذ من ذلك

فتقشر البشرة لا يحصل الا بعد الولادة ولم يعرف على سبيل التحقق ان هذه الظاهرة ابتدأت في طفل مدة الحياة داخل الرحم بل مما هو عظيم الاعتبار ايضا

ان المسقوطين لا يحصل فيهم هذه الظاهرة بعد نزولهم من بطون امهاتهم
 حالا فيلزم لتقشر البشرة ان يمضي على الاطفال زمن مآحق يحصل لهم ذلك
 والاطباء الشرعيون بحثوا في استخراج بعض تسامج من سقوط البشرة بالنظر
 اسن الجنين فالطبيب اوزنيلا اراد ان يحزر المشاجرات التي حصلت في هذا
 الموضوع من شوسير وقابرون ففعل بمصاحبة الحكيم تيري بعض البحوث
 وتقنيذات استنتج منها ان تقلس البشرة يتقدمه اولا عمل تجهيزي ثم ارتفاع
 تلك البشرة ثم سقوطها فالعمل التجهيزي يحصل على رأى هذا الطبيب الماهر
 من اليوم السادس الى الحادى عشر وارتفاع البشرة عن جميع اجزاء الجسم
 من العشرين الى الثلاثين وتنام التقشر لا يحصل الا من الخمسة والثلاثين
 الى الاربعين وعلى رأى هؤلاء الاطباء ان بعض الامراض ديوخرا وينع سقوط
 البشرة قال بلياروقبل ان نذكر رأى بنا في هذه الظاهرة نذكر الامور الواقعية التي
 اجتنيها واسسنا رأينا عليها وذلك ان الستة والثمانين طفلا الذين بحثت فيهم
 لاجل الحبيل السرى بحثت فيهم ايضا عن الموضوع الذى نحن بصدده
 فتقشر البشرة كان لم يتبدأ فى اثنين واربعين منهم وكان سن اربعة عشر منهم يوما
 واحدا واحدا عشر يومين وتسعة ثلاثة ايام وخمسة اربعة ايام واثنين خمسة ايام
 وواحد تسعة ايام وواحد عشرة ايام فتنتج من ذلك ان تقشر البشرة يتبدأ
 فى ازمة مختلفة على انه ينبغي ان تعلم ان اكثر الاطفال الذين لا يوجد فيهم ذلك
 كان عمرهم يوما او يومين فموجب ذلك يختارانه لا يحصل بعد الولادة حالا
 ولنبحث الا ان عن السن الذى يتبدأ فيه حصول هذه الظاهرة للاطفال لكن
 قبل ان ندخل في ذلك نذكر كلمات في الكيفية التي يكون عليها هذا التقشر
 فاقول

ان العمل التجهيزي الذى ذكره اوزنيلا على حسب رأى تيري لم يظهر له
 تحقيقه وهذا الطبيب لم يوضحه لنا توضيحا كافيا فافطن ان الوقت الذى
 تتشقق فيه البشرة هو الذى يحصل فيه ارتفاعها الحقيقي اذ عند التشقق
 ترتفع وتتقشر فاذا لم تختار في ظاهرة التقشر الا حالتين متميزتين وهما ارتفاع

البشرة وسقوطها فالارتفاع يحصل بثلاث كيفيات مختلفة اما ان ترتفع على هيئة خطوط او اتلام واما على هيئة صفائح عراض واما على هيئة فلوس فخطالية وكل من هذه الكيفيات الثلاث للتقشر ناشئ من الاعضاء التي ترتفع منها البشرة فانحسرت او الاتلام تشاهد في البطن وفي محاذاة الاتلام الجلدية التي تحدث من انثناء المفاصل وفي الاربعيتين والمابضين وثنية القدم وثنية الذراع ونحو ذلك والصفائح العريضة تتكون في المحال التي بين هذه الثنيات وعلى الجدران الصدرية وغالباً على انحناء القدم واحياناً على البطن وللتقشر الخطالية توجد في محاذاة القص وفي الابطين وعلى الحدين وبين الكتفين وعلى المنكب والذراع والالية ونحو ذلك قال بليار فهذا ما شاهدته مع غاية الانتباه من كيفيات التقلس واما ما شاهدته بالنظر للسن الذي يحصل فيه ذلك غالباً بالكيفية التي يكون عليها فهو ما سيذكر

وذلك ان من الاطفال الذين ذكرت عددهم سابقاً اربعة واربعين حصل فيهم تقشر البشرة ولأجل انتظام ذكر الظاهرات المختلفة التي وجدت فيهم تقسم تلك الظاهرات الى جملتين الاولى ظاهرات ابتداء التقشر والثانية ظاهرات كونه في شدة فاعلية وتقسم الاطفال الى الذين ابتداء فيهم التقشر والذين كان فيهم في شدة فاعليته والذين انتهى فيهم اما الاولى فتشوه ان البشرة ابتداء ارتفاعها في احد عشر طغلا سواً على هيئة خطوط او فلوس فخطالية في محال مختلفة من الجسم ففي ثلاثة منهم كانت البشرة لم تزل فيهم غير متشققة ولا متفلسة لكن يدرك بسهولة انه ابتداء فيها التصاقها بالجلد فكانت اذا قرصت او حكمت تظهر كأنها تتحرك وتتقاد للضغط بالاصابع فكان فيها خفاف عظيم ويحالف منظرها بقية اجزاء الجسم التي يكون الجلد فيها ملمس والبشرة مضغوطة وممتدة بجيد اعليه وكانت هذه الهيئة في بشرة البطن وكانت لحشوتها ومنظرها المتغير فيها بعض شبه الغلائل التي تتكون على سطح اللبن اذا قارب الغلي ثم في اليوم التالي وما بعده ظهرت على هذه الاسطح خطوط متشققة وفلوس كثيرة وبعد ذلك سقطت تلك البشرة وربما كانت تلك الهيئة المخصوصة

لطبقات البشرة هي التي سماها تيري بالعمل التجميزي وعلى كل حال فهذه
الهيئة ليست ضرورية للسقوط لانها انما توجد نادرا بخلاف خطوط التقشر
فانها تكون غالباً بدون عمل ابتدائي والاطفال الثلاثة الذين ذكرتهم كان عمر
واحد منهم ثلاثة ايام والثاني يوماً واحداً والثالث يومين وثمانية اطفال لم يوجد
فيهم الا بعض خطوط في البطن او على قاعدة الصدر و كان عمر ثلاثة منهم
يوماً واحداً وثلاثة يومين وواحد ثلاثة ايام وواحد اربعة ايام ويشاهد في الثلاثة
الذين لهم يومان قشور خفيفة في الاطراف وخطوط جهة ثنيات العنق والاربية
واظن ان الاولى بالتحقيق ان يعتبر هذا التقشر في ابتداءه عنده هؤلاء الاطفال
الذين ذكرتهم وحيث قد فسهم يختلف كثيراً بحيث لا يمكن بالضبط ان يعين الزمن
الذي يتدأ فيه هذا التقشر عادة

واما الثانية فهي ان يكون التقشر في شدة فاعلمته بان تكون القشور وفلوسا
عريضة او مناطق واسعة ترتفع من محال مختلفة من الجسم وشاهدت ذلك
في اثنين وثلاثين طفلاً واحداً منهم كان عمره يوماً واحداً وسبعة يومين وثمانية
ثلاثة ايام وستة اربعة ايام وستة خمسة ايام وواحد سبعة ايام واثنان تسعة ايام
وواحد خمسة عشر يوماً فاذا ن يكون سن شدة الفاعلية عادة من ثلاثة ايام الى
خمس هذا وقد ذكرنا سابقاً ان التقشر لم يشاهد في اثنين واربعين طفلاً
وازيد على ذلك ان هناك احوال يحصل فيها بكيفية غير محسوسة اذا الصبايح
والخطوط لا توجد دائماً ظاهرة واضحة في جميع الاطفال بالكيفية التي
ذكرناها وانما البشرة حيث قد تسقط على هيئة غبار ناعم بدون ان تعرف
الادوار المختلفة للتقشر والسقوط ويصح ان تسمى هذه الظاهرة بالتقشر الغير
المحسوس ولم تيسر لي ان اعرف سبب هذا الاختلاف في التقشر فلنفسك عنان
القلم فيه

ومدة زمن التقشر تختلف كثيراً ولقد رأيت انتهاءه في ثلاثين يوماً بل في شهرين
ايضاً نعم هو يكون طويلاً المدة وبكيفية اوضح واظهر في الاطفال الساقطين
في الذبول والنحول لان استرخاء جلودهم يساعد على ارتفاع البشرة على هيئة

فلوس عريضة ولا منافاة بين هذا وبين ما قاله يبيرى من ان الالتهاب المعدى
المعوى يعوق سير ظاهرة التقشر اذ لا يجنى عليك الفرق بين التعريق وطول
المدة واحسن من ذلك ان نقول ان انفصال البشرة يعين عليه الجفاف والاسترخاء
اللان يحد ثان في الجلد من الضعف ولذلك يحصل تقشر البشرة ايضا للبالغين
الذين حصل لهم ذبول وفحول سريع من مرض ثقيل فتبدل بشرتهم
في النقاها بغيرها والظاهر ان التغذية في هؤلاء المرضى وقت في اجزاء الجسم
التي لا تحصل فيها عادة الا يطي فصارت البشرة خالية من الفاعلية الحيوية
التي تأخذها من الدورة العامة فذبلت وسقطت في حالة موت فالضعف اى
الذبول في طفل ابتدأت بشرته في التقشر ينبغي ان يعين على طول مدة ذلك
التقشر

وسبب تقشر البشرة في المولودين يضح ان يوضح بما سيذكر وذلك ان جلد الطفل
لما مكث سبعة اشهر تقر بما مغمورا في سائل فكان محفوظا في حالة استرخاء
وترطيب مستدامة ولا تنفس ان البشرة على رأى او تريت انما يندأ تكونها
من شهرين) فتبقى بشرته منددة بمياه الامنيوس الى وقت الولادة فاذا عرضت
للهمواء لم ان يحصل لها جفاف فجاء في فتققد رعاوتها التي كانت معها امدة
الحياة داخل الرحم وينتج من جفافها الذي لا يمنع التنفيس الجلدى تشققها
وتقلسها وسقوطها اما على هيئة صفائح او على هيئة عيار

وكما ارتفعت الصفائح البشرية تكونت تحتها بشره اخرى بكيفية غير محسوسة
والجلد الذي تحت البشرة المرتفعة يكون احمر قابلا للتهيج جدا لانه يلهب
باسهل حال فقد شاهد بليار زوال البشرة كلها من جلد الصفن فصار يلامسه
البول فالتهب وصار مجلسا لحره شديدة كثيرة الالم فالبشرة تتولد بسرعة
في المحال المعرضة للهواء باطلاق لكن سطح الجلد الذي حصل فيه التقشر اذا
كان في عمق الثنيات كتحت الابط وفي العنق والاربية كان فارا من مماسة الهواء
مباشرة وينقرضه كالا سطحه المخاطية سائل دهني لعابي فاذا وضع عليه
مسحوق مجفف سهل تجفيفه وكان ذلك معينا على تكون البشرة الجديدة فيه

وتلك

وتلك حالة تثبت ان البشرة انما هي نوع اقر ازجلدى اى صفيحة تقرب لان تكون
غير آلية فتتلف او تتكون على حسب تعرض الاسطحة الجلدية للامسة الهواء
او حفظها عن مباشرة

وزوال البشرة في المولودين ينبغي ان يعين على الامتصاص الجلدى لان
الادمة حينئذ لا تكون مغطاة بالطبقة الحافظة لسطحها الماص وهذه الحالة
لا ينبغي اهمال مراعاتها في العلاج لان بهذه الواسطة يسهل ان يدخل في الجسم
ادوية مضطر اليها مع انه يعسر على المولود ادخالها من الطريق الاعتيادى
فالظاهر انه قديم يكون الاتقع للطفل اعطاءه ادوية يطريق التشرب
والامتصاص من الجلد اعنى ان ترال عنه بشرته سواء بمحراقه او غيرها ثم توضع
عليه الادوية المراد ادخالها في الباطن

ولا ينبغي ان يستنبه التقشر الطبيعى للبشرة بالسقوط المسبب عن التعفن
ففي تلك الحالة الاخيرة تكون جدران البطن في الغادة مخضرة وتظهر اذذاك
العلامات العامة للتعفن فاذا رفعت البشرة مع الاحتراس تشاهد خيوط كثيرة
دقيقة شفافة عديمة اللون تتزق بعد ان تمتط الى درجة ما من الاستطالة قال
بليارول تشاهد هذه الاستطالة في السقوط الطبيعى للبشرة ولقد عد هذه الخيوط
كثير من المشرحين كهنتير ويينا وشوسير من الاوعية ولكن حيث لم تشاهد
الا في حالة التعفن فالاولى كما انصف بكلار فيها ان تعتبر امتدادات مخاطية
مكونة من الجوهر المتوسط بين الادمة والبشرة ويصير سائلا لزجا يبداء الفساد
فيه اى تحليل تركيبه

قال بليارول قد شاهدت حصول التقشر في الطفل مرتين فليس بنا دران تشاهد
ظاهرات التقشر الطبيعى لبشرة اطفال في الشهر الاول من ولادتهم فاذا
وقعوا في المرض بعد ذلك حالا وحصل لهم منه ضعف وذبول بسبب تقدم الداء
انفصلت منهم بشرة البطن والاطراف من جديد الا انها ترتفع على شكل صفايح
عريضة متباعدة من البطن مناطق واسعة وتظهر فلولس فحالية كثيرة على
اجزاء مختلفة من الجسم ويوجد التقشر في الايدى والارجل حينئذ اكثر

مما في الحالة الاولى وينسب ذلك في الحقيقة هنا للضعف الذي يحصل من المرض المزمن العارض للطفل ولما شاهد الطبيب تيردي هذا النقش الثاني في الاطفال الكبار ظن ان الالتهاب المعدي المعوي المصيب لهم يعوق ظهور هذه الظاهرة مع انه يمرضها وبهذا تتضح المنازعة المذكورة لهذا الموضوع في كتاب الطبيب اورفيل

ومن العسر ان نوضع نسب لازمة بين سقوط البشرة وسقوط الحبيبل يعرف منها من المولود قال بليار ولقد استنتجت من بحث التقابل بين هاتين الظاهرتين نتائج عامة لكنكم لم تقدشياً وقد نتج من الاعتبار ان التي ذكرناها ان تقشر البشرة في المولودين ظاهرة طبيعية لا تستدعي الا احتراسان الصحية

الباب الخامس في قامة الطفل ووزنه

الطفل من ولادته الى تمام الشهر السابع ينمو بسرعة والتغذية تحصل فيه بقوة عظيمة ولذلك لم يلبث قليلا حتى ترتفع قامته بالنسبة لما كانت عليه حين الولادة وتعظم اطرافه عظما زائدا و كرش وسيران الجنين ينمو في بطن امه في كل شهر قيراطين فينتج من ذلك انه يلزم ان يكون طوله عند الولادة ثمانية عشر قيراطا تقريرا وهذا صحيح على فرض ان الطبيعة تتبع ذلك الحساب بالضبط قال بليار وافي بدون ان اعتبارا لنمو المنتظم للجنين مدة كونه مقبياً في الرحم قد قست لاجل ذلك بعض اطفال من سن يوم واحد الى شهر وها هي نتيجة هذا البحث

ولقد اخذت لذلك اربعة وخمسين طفلا حسبما اتفق ابي بدون تمييز بينهم ونوعهم من الذكورة والانوثة لاجل قياس قامتهم واعتبار القامة المتوسطة ثم سرد جميعهم واحدا واحدا بعمره وطوله ثم قال من ذلك كله تعلم ان اغلب الاطفال المقاسة اطوالهم سواء وقت الولادة او بعدها بخمسة عشر او عشرين يوما لم يبلغوا ثمانية عشر قيراطا بل اكثرهم انما كان سبعة عشر قيراطا اثنين وعشرين من الاربعة والخمسين الذين ذكرتهم كان طولهم ١٧ قيراطا واربعة فقط كان طولهم ١٨ قيراطا والباقي ١٩ و ١٦ و ١٥ فيصح

ان تكون القامة المتوسطة الاعتيادية للطفل عند الولادة من ١٦ الى ١٧
ثم قال فيؤخذ من الامور الواقعية التي ذكرناها انه لا يمكن وضع قياس محدود
للقامة في جميع الاطفال لان قامتهم تختلف باختلافها في الناس البالغين
فمنهم من يولد بقامة كبيرة واطراف غليظة وقوة كبيرة ومنهم من يولد صغيرا
ضعيفا ذا مزاج ضعيف وبدومون على ذلك طول الحياة وبالجملة جميع
الاختلافات التي توجد في النوع البشري في الطول والقوة والشكل والهيئة
واللون توجد ايضا في الاطفال وكل هذا تنوع طبيعي كالتنوع الكائن في بقية
الكائنات الطبيعية التي لا حضرة لولادتها وليس في طاقة البشر الوقوف
على متنوعاتها ثم ان شوسير بعد ان ذكر ان القامة الاعتيادية للمولود التام
الاشهر ثمانية عشر قيراطا استشعر ان من المهم ان يعرف التنوع الذي في هذا
الاصل الكلي فقال قد شوهد في بعض الاجنة التسامة الاشهر ان طول القامة
١٤ قيراطا او ١٥ واحيانا شوهد منها ما بلغ ٢٧ قيراطا كما ذكر
ميلوط انه شاهد ذلك انتهى ومن العمران يعرف بالضبط مقداره ما يزيد
الطفل في كل شهر بعد الولادة الى سبعة اشهر او ثمانية فان ذلك يختلف
كثيرا باختلاف امزجتهم والامراض التي يصابون بها في هذا الزمن واما وزن
المولود فليس الاهتمام به الاثنا يوا وقد عرف ذلك سابقا من مشاهدات
صحبة فعلم ان شوسير وبودلوك وغيرهما بحيث توافقوا على ان وزن المولود
التسعة اشهر من خمسة ارطال الى خمسة ونصف قال شوسير قد يوجد اطفال
ولدوا التام اشهرهم ولم يبلغ وزنهم الا ١٣٠٠ جرام اي اربعين اوقية اي رطلان
ونصف رطل ومنهم من كان وزنه ١٧١٤ جرام اعنى ستة وخمسين اوقية
او ثلثة ارطال وكثيرا ما يشاهد من زاد عن الستة ارطال ٣٠٠ جرام
وشوهد على سبيل التذكرة من بلغ ٤٤٠٠ جرام اي ١٥٠ اوقية او ٩
ارطال واند من ذلك ٦٨٠٠ جرام اي ٢٢٠ اوقية او ١٢ رطلا
وبودلوك شاهد من بلغ ١٣ رطلا وذكر بعضهم ٢٣ رطلا او ٢٥
ووزن الطفل في كل سن يختلف باختلاف احوال كثيرة يعسر ضبطها

ولا حاجة لذكر ما نبيل بالبحث في ذلك لعدم الفائدة فيه

الباب السادس

في وسائل بيان احوال الطفل

هذه الوسائل مقصورة على الصباح وحالة السخنة فلذلك عقدنا لهذا

الباب فصلين

الفصل الاول في الصباح معتبرا كونه علامة

تقسم هذا الفصل الى ثلاثة مباحث

المبحث الاول

في تفصيل الصباح وتحليله

اذا سمع صباح الطفل من غير تأمل فيه لم يسمع الا مجرد لفظ فقط وهو كناية عن صراح يتميزه جيداً من غيره من انواع اللفظ التي تفرع عنها في العادة لكن اذا سمع مع غاية الانتباه وجد مريراً من جزئين متبذين عن بعضهما احدهما كثير الرنانة مستطيل وهو الصباح الحقيقي ويسمع مدة رد النفس ويتبدأ او ينقطع معه وهوناً من اندفاع الهواء الخارج من الرئة نافذاً من مزار الحنجرة والجزء الثاني من الصباح ناتج من اخذ النفس فالتوآبد خوله من المزار للرئة يتضغظ بالانقباض الشبيه بالتنجى للعضلات الصوتية فيسمع منه لفظ اقصر واحداً واحداً اقل ادراكاً من الصباح الحقيقي فهو هيئة ترجيع يحصل بين الصباح الذي فرغ والذي سيبدأ كثيراً ما يوجد الصباح وحده ولا يسمع الترجيع او يسمع الترجيع وحده وينكتم الصباح اى يحتنق وقد يحصل في الترجيع وللصباح تنوعات في نعمتهما ومدتهما ومعرفة ذلك مهمة فكلما كان الطفل اصغر كان الترجيع اقل سماعاً ويزيد الاستشعار به كلما تقدم الطفل في السن والصوت الذي يقوم منه الترجيع يختلف من لفظ هواء المنفاخ الى الصباح الحاد ليك صغيراً ويظهر ان زيادة شدته تكون دائماً على سبيل التعاكس للصباح فاذا هبط الطفل بعد الصباح الكثير من التعب او السهر

او الالم

الوالام حوى التجميع وتسلطن فهو الذى يسمع وحده فى السمقات التى يفعلها
 الطفل مع قترات عندما يحزن حزنا عميقا واذا قطع صياحه انقذف منه مع ذلك
 زمنا فزمناته دلت وزفرات عميقة محروضة من تذكارت ألمه القريب
 والنغمة المخصوصة للصياح تختلف باختلاف اصوات الناس فلهما فى كل
 طفل هيئة مخصوصة لا يمكن التعبير عنها وانما يتميز بالنوع فقلب الوالدة مثلا
 لا يضرب ولا ينبعث من صياح الاولاد الغريبة عنها بخلاف ما اذا سمعت
 صياح الطفل العزيز عندها فانها تتميز به جيدا عن غيره وتبادله
 فالصياح بمقتضى ذلك ليس فى الحقيقة الا اخذ نفس ورده اى شهيق وزفير
 حصل فيهما رنانية فاذا كان الامر كذلك لزم ان يوجد فى الطفل مدة صياحه
 جميع حركات الوجه والجذع التى تحدثها حركة التنفس اذا صار شافا قهريا ولقد
 اثبت الطيب بيل من تجربيته ان الجزء المتين من الزوج السابع من الاعصاب
 هو العصب التنفسى للوجه اعنى انه يعمل على الخصوص نقل الحركة الى
 العضلات المحددة للفتحات التى ينفذ منها الهواء ليدخل فى الرئتين فاذن
 حركات فاعلات التنفس مدة صياح الطفل تقرب لآن تكون تشعبية واما
 الحجاب الحاجز وعضلات الصدر فتقبض بقوة وحركات الوجه تقبض مثل ذلك
 ونعطى للسحنة هيئة مخصوصة ومن المعلوم ان هذه الحركات لمجموع عضلات
 الجذع والوجه ناشئة من الاتصالات التجمعية الحاصلة بين القروغ العصبية
 الداخلة فى هذه الاجزاء المختلفة فاذا لبحث فى طفل ابتداء فى الصياح شوهد
 ان وجهه يحمر وتصير حركة تنفسه قهرية وينفتح فمه نصف افتتاح وعلى حوافى
 اللثة يشاهد اللسان ويكون احيا نامضطربا بحركات تشعبية خفيفة وتتسع
 الحياشيم وتطبق الاعين وتصير الاجفان كأنها منتفخة وترتسم على اصل
 الانف ثلاثة خطوط اربعة هودية وينظر ارضا غيرها على الجهة وتتصاب
 فى جميع الجهات وتختلف فى العدد والاتجاه ويشاهد ذهابها ورجوعها
 على التماقب فى كل حركة زفير وشهيق فاذا طالت مدة الصياح حركت الطفل
 مع ذلك اطرافه العليا بحركات ارتفاع وانخفاض متعاقبين كأنه يساعد فعل

العضلات الموسعة للصدر وقد يتفق ان لا تكون في الابتداء هذه الانقباضات العضلية المختلفة والحركات الشاقة للتنفس معصوبة بلفظ اصلا لكن بعد ذلك يتبعها حالا صياح يكون اولا قليل الثبات ثم يكون مستطिला قويا رنانيا وقد يتفق ايضا ان يكون الترجيع اولا اصم اولا يسمع الا زمنا فزمننا وكثيرا ما يصبح ثلاث صيحات او اربعا متتالية مع بعضها ثم يسمع ترجيع يتبعه صياح اطول من الصيحات الاول وينتهي بانقضاء اهتزازي فيه بعض شبه بصوت المعز الذي تسميه العامة بالمعمعة

فاذا تشنج الطفل ولم يصح ببقفه فتوحا ووجهه كأنه في حالة انقباض مستدام الى ان تنتهي فيه الحركة الشاقة للتنفس في الآخر بصياح شديد يظهر مكان الطفل انما حمله بفعل طويل شاق

ويشاهد هذا التعاقب المتوالى للصيحات القرية لبعضها والترجيحات المتوسطة بينهما والانقباضات العضلية للصدر والوجه مادام الطفل مضطربا فاذا ابتدأ فيه السكون حصل التوافق بين الزفير والشهيق وتقل شدة الصياح ويميز الترجيع حينئذ جيدا ويرزول تكرر الوجه وينطبق القم شيئا فشيئا ويتبدل الاضطراب الذي ذكرناه بسكون عام

وهنا الامر مهم ينبغي ذكره هنا وهو ان الاطفال الصغار جدا لا تنسكب من اعينهم دموع عند الصياح اصلا او يكون ذلك على سبيل الندرة ومن المعلوم ان افراز الغدة الدمعية يتعرض فينا سريريا على سبيل الاثر الى من ألم والحزن فهل الاطفال الصغار جدا يبعدان بتأثير فيهم هذا العضو المقرز تأثر اعضبا او يقال ان افراز هذا العضو ممرض من التنبيه العصبي الناشئ من اسباب آداية نفسانية فلا تقدر على ان تؤثر في هذه الغدة الا لام الطبيعية التي تكون هي الموجودة وحدها في هذا الكائن الذي منحه لم يجتمع فيه الى الآن تصورات ولا تفكرات فلا تظهر فيه ارادة ولا اختيار وهذه اسئلة يعسر فتحير الجواب عنها مع ان هذه الغدة دائما زائدة النمو في هذا السن وتقبل شرايين واعصابا ويوجد في منظرها جميع الشروط التشريحية اللازمة لغيرها من

الغدد ومع ذلك لا ينزل منها دم مع مدة البكاء مع ان مجرد تذكار لغزير فقد منا
يحرك فينا زفيرا ويسكب منادموعا غزيرا وبالجمله فالافراز الدمعي في الاطفال
الصغار معدوم وان كان معهم اضطراب وصياح متكرر بسبب تكدرهم من
القلق والسهر والتعب والالم وهذا امر ينبغي ان تلتفت اليه الفسيولوجيون
وهو مثال عظيم الاعتبار لتاثير مخصوص في المجموع العصبي على وظائف
بعض اعضاء من الجسم البشري فهذا تفصيل صياح المولودين وبيان
الظواهرات المصاحبة له واذ قد عرفنا بذلك تقريبا كيفية حصول هذه
الظاهرة الفسيولوجية فلنبعث الآن على الاسباب المحدثة لها وتوضيح
ما يلزم توضيحه

المبحث الثاني

في اسباب هيئة الصياح

ان قلت ما سبب الصياح الاول قلت يغلب على الظن ان سببه هو الالم وهو ناتج
من الاحساسات الجديدة التي يجدها الطفل ككتاثير الهواء على جسمه
عند انغماسه دفعة في جوارب من الجوز الذي اعتاد الملكث فيه مدة وملامسة
الملابس والايدي وفعل الضوء على حواسه ودخول الهواء في الرئتين كما هو
القريب العقل حيث تكون هذه اول مرة يلامسان فيها هذا السائل ويعرف
ان الطفل تأثر من ذلك بالحركات السريعة لا مرافقه وحيا تبا بالعطاسي ودائما
بالصياح

وعلى الطبيب المولدان يحسن نظره عند اللحظات الاول من الحياة خارج الرحم
في هيئة الصياح ومدته وطبيعته لان هنالك تنوعات في ذلك مخصوصة تدل
على كون التنفس تاما او غير تام وعلى حالة صحة الرئتين او مرضهما وسنرجع
لذلك ايضا فيما يأتي وانما نكتفي هنا بان نبين ان الطفل يعتبر قويا قابلا لمعيشة
اذا كان صياحه رنانا ساهلا لان ذلك يتطابق دائما مع التنفس الخالص
الواسع وذلك يدل عادة على قوة المولود وصحته وهذا الاصل لا يتخلف في معظم
الاحوال فقد نشاهد اطفال فيهم بعض سمن وقوة في الاطراف ولكن يتنفسون

ويصبحون بعسر فيكون بالاسف كسبيا اى الاختناق اوبالسكته وهناك
اطفال اخري ولدون ضعافا بالنظر للهيئة الظاهرة غير انهم قابلون للمعيشة اكثر
من الاطفال الاول بالنظر لقوة صياحهم فيكابدون التغيرات التى تحصل لهم
دفعه من مرورهم الى الحياة خارج الرحم لكن بدون خطر يخشى عليهم
من ذلك

وهناك اسباب اخر لصياح الطفل غير ما يلزم ان يكابده من الاضطراب بسبب
احساساته الجديدة والغير المعتاد عليها فقد يكون محرضا من التعب او من
احتياجه للاغذية او من الالم فمن المهم حينئذ تمييز هذه الاسباب عن بعضها
لتباعد او لطف

فالتعب العام الذى يكابده من قاطه ولقائه الملتف فيها قد يكون سببا للصياح
وقد كانوا سابقا يقطون الطفل بحيث لا يتحرك شيء من جسمه وقد تركت هذه
العادة والله الحمد وان كان يوجد عند بعض الاطفال الملتقطين بياض من هو
بتلك الهيئة لانهم لم تزل مستعملة مع بعض القبائل الذين لم يتقدموا فى المعارف
وبالجملة هى من اقبح العوائد واضرها بالطفل وانما اللازم تخفيف قاطه ولقه
ليسهل تنفسه واطلاق اطرافه ليسهل عليه تحريكها وان يكون فراشه
الذى ينام عليه لين اذا الفراش اليابس تتأذى منه البالغون فكيف بهؤلاء
الاطفال ذوى الابدان الرخوة فاذا كان قاطه شديدا بحيث انضغطت منه
اعضائه وترك كذلك مدة طويلة مع احتياجه للنوم الذى هو اقوى
الاحساسات التى يجدها حينئذ بعد الولادة شوهه بحسب الظاهر سكونه
وهو غير ان هذا السكون وقى برهى لانه بمجرد استغراقه فى اول نوم يصيبه
يستفزه التعب الذى يجده من القمط الشديد فيبتدأ فى الصياح ويناهى فى
بيوت الولادة انه متى تحرك طفل وصاح قلده جميع الاطفال الموجودين هناك
فيسمع الصياح من جميع جهات الاوضة المحتوية عليهم فباستيقاظهم بصياح
الاول يحصل لهم مثله التعب او الالم الذى كان النوم مسكاه وقتما
ويعرف ان صياح الطفل ناشئ من التعب الذى يجده من ملابسه او من فراشه

الغير المناسب بأنه اذا ازيلت لفائفه او ارخيت اوسوى فراشه سكن صياحه
وانقطع ويعرف ايضا كون الصياح من التعب فقط بتقطعه اى حصوله زمنا
فزمنا وسكونه من ادى تغيير للهيئة او من ادى تشاغل للاطفال الذين يتأنى
تشاغلهم وقد يكون سبب صياح المولود احتياح الاغذية وتحقق سببية ذلك
اذا عرف انه لم يأخذ ثديه من مدة طويلة لكن لا يستدل دائماً من سكونه
باعتقائه حلة الثدي على انه كان جائعاً لان هناك اطفال لا فيهم شراهة عظيمة
للرضاع ولا يسأمون اصلاً من التقام اثناء مرضعاتهم وتنفذ في كل لحظة
معدهم اللبن المالى لهم او نصير مجلساً لالتهاب اذا تقدم عسر شفاؤه فيلزم في هذه
الحالة زيادة الانتباه في تحديد ساعات للارضاع والاجتهاد في تسكين الصياح
بوسائط اخرى ولا تنس ان للعادة في الوظائف العضوية عنده هؤلاء الكائنات
الصغيرة تأثيره منافع جليلة في قوانين الصحة وحفظها

واما الالم فكثيرا ما يكون سببا للصياح المولود ولكن صياح الالم عظيم الاعتبار
بشدته وكثرته وصعوبته وبالهيئة المخصوصة للسحنة حيث يعسر شرحها
مع انه يسهل ادراكها وفهمها وبالخالة العامة للطفل كالتقاع اللون والضعف
وعدم الشهية ورفض تعاطى الثدي ومن الاوصاف الدالة عليه ايضا اجتماع
الاعراض والعلامات الدالة على وجود مرض في بعض اجزاء الجسم ومع
ذلك قد يحصل في النعمة والهيئة للصياح المحرض من الالم تنوعات بحسب
الاعضاء المريضة سند ذكرها قريبا في المبحث الثالث

ومن الاطفال من يصح بدون ان يعرف في الحقيقة سبب صياحه ومع وجود
هذا الاضطراب المستدام والمهر الطويل لا يشاهد في هذا الطفل ضعف
ويميز هذا الصياح بكونه اشد من غيره من انواع الصياح التي توجد
في قاعات الرحمة مع الاطفال الملتقطين والمرضع نصف الاطفال الذين معهم
هذا الصياح بالشريرين وينشأ ذلك التنبيه المستدام من نوران الحساسية
فيهم اكثر من غيرهم فعلى ذلك يكون الصياح ايضا معلنا بتعب ينبغي
ان يجتهد في تشاغل الطفل والهائه عنه بالوسائط المناسبة

ومن المهم مراعاة ما يحصل في أعضاء التنفس والدورة مدة صباح الطفل فانا نعلم
 حيثئذ ان الفاعلات الطبيعية للتنفس تكون في حالة كأنها تشنجية فينتج من
 ذلك تكدر وعظيم في الدورة الرئوية فلا يرجع الدم في التجاويف اليسرى للقلب
 الا بعسر فيقف في الرئتين ثم يفيض في التجاويف اليمنى ومنها يذهب في المجموع
 الوريدي عموما وينتج من ذلك الاحتقان والالون البنفسجي في الوجه بل
 والاطراف وذلك هو ما يشاهد عادة في الطفل الذي يصبح بشدة قاتل بليار وقد
 شاهدت كثير من الاطفال حصل لهم اسفكسيا حقيقية وقية بسبب
 صباحهم فتكون الرئتان والقلب بل والمخ معرضة حيثئذ للاحتقانات التي قد
 تكون مهلكة قاتلة والصباح المستدام الذي يحرضه الالم في الاطفال
 الرضع الذين هم عرضة لالتهاب معدى معوى بسبب تغذية رديئة السير
 قد يكون ايضا سببا للفتوق اذا تقدم فيهم التحول الحاصل من المرض فيلزم دائماً
 ان يجتهد في تسكين هذا الصباح وقطعه بما ذكره روزان حيث قال
 صناعة تسكين الطفل تقوم من منع سبب الصباح والهاء الطفل ببعض اشياء
 تشغله ويعمن فيها بحيث يزول من عقله السبب الذي يشير الصباح بالكلية
 قال بليار واطن انه لا بأس لاجل منع سبب الصباح وعوده ان تحدد وتعين
 ساعات الارضاع ويعود الطفل على النوم في انشاء هذا اللغط وان يلف بحفنة
 في لفائفه وان تكون درجة حرارة الارضة التي فيها سريره متوسطة لا حارة
 ولا باردة وان يسكن اضطرابه اذا كان سببه التعب او الالم بصوت آلة لطيفة
 من آلات الموسيقى مثلاً وعلى الخصوص بالغناء فانه واسطة سهلة طبيعية
 صارت الآن عامة عند جميع الناس
 ثم بعد ان ذكرنا الشرح العام لصباح المولودين نذكر تنوعاته في الهيئة والنعمة
 والمدة على حسب تنوع الامراض المصيبة للطفل ونودع جميع ذلك في البحث
 الثالث الآتي على الاثر

البحث الثالث

في انواع صباح المولودين

قد يحصل في صباح المولودين تنوع في الهيئة والنغمة والمدة فالنغمة في الهيئة
اصناف الاول ان يكون غير تام او غير كامل الثاني ان يكون شاقا الثالث
ان يكون اختناقيا والتغير في النغمة اصناف الاول ان يكون جادا او ناقبا
الثاني ان يكون ثقيل او زائيا الثالث ان يكون محجوبا او مستورا الرابع
ان يكون معزيا والتغير في المدة اصناف الاول ان يكون قصيرا او متواترا الثاني
ان يكون منقطععا او شهيقيا وليكن شرح ذلك في مطلبين

المطلب الاول

في تنوع الصباح بحسب الهيئة

الصباح الغير التام هو ان لا يسمع من الصباح الاجز منه فقد يعدم الترجيع
بالكلية احيانا ويتسلطن الصباح وحيانا اخر لا يسمع الصباح ويكون
المتسلطن هو الترجيع وحده والحالة الاولى تحصل اذا كانت الرئتان سليمتين
ليس فيهما سد او تلبك بل يتفقد فيهما الهواء بسهولة وانما الطفل لا ينشر
في صباحه جميع الفعل القوي العضلي الذي يقدر ان يفعله مدة ادخال الهواء
بمحيط يتفقد الهواء من الزمما ردون لفظ ولا ينتج لفظا لا ينقذه منه ثانيا
عند خروجه من الرئتين وهذا اللفظ يقل الاهتمام به ويشاهد عادة في الاطفال
الغير المرضى الذين يولدون صغارا ضعافا جدا

اما ان كان الصباح اختناقيا فلا يكون الحال كذلك وانما يسمع الترجيع
وحده وذلك علامة كيدة تقريرا للتلبك او التهاب رئوي قال بليار ومن
حيث اني لا اذكر ههنا الا ما كان مؤسسا على امور واقعية التزمت
ان اذكر مختصر التجريبات التي وصلتني الى اعتبار كون ما ذكرته ثابتا
قريرا لليقين

قد شاهدت عشرين طفلا كان الترجيع متسلطنا عندهم والمصباح اختناقيا
فمنهم ستة ولدوا قبل تمام الاشهر اعني من خمسة اشهر الى سبعة من وقت المعلق
ثلاثة منهم ما تو على اللب والنشر في اليوم الاول والثاني والثالث بعد الولادة
وكان الظاهر ان الهواء لم يتفقد في رئتهم لانها وضعت في اناء مملوء ماء فانغمست

حالا في عمقه بكنيتها وكذا بعد تقطيعها قطعاً وفي ثلاثة اطفال اخر ولدوا قبل تمام الاشهر ايضا دخل الهواء في جزء من النسيج الرئوي لكن كان جزء عظيم من هذا النسيج معتما غير مفرق محتمقنا بالدم والاربعة عشر الباقون من العدد كانت رئتهم في حالة احتقان وتكبد عظيم الامتداد وكان ذلك حاملا على ظني ان الهواء ما وصل اليها الا بعسر شديد

فاذن يمكننا ان نستخرج نتيجة اولى من البحث في مصباح المولود وهو انه في الاحوال التي لا يسمع فيها الا الترجيع وحده يقرب للعقل ان الهواء لا يدخل في الرئتين او ما دخل فيها قط او دخل فيهما يسيرا وهذه العلامة اذا ضمت للعلامات المأخوذة من القرع والاسماع اتضح بها تشخيص امراض الرئتين فاذا اودى الطبيب لستكم في مجلس الحكم على قابلية طفل للحيوية والمعيشة لزم ان يستفهم عن طبيعة الصباح الذي كان يدفع من هذا الطفل لان الطفل الذي لم يتنفس قد يصبح جيد لكن صياحه يكون بكيفية مخصوصة ينبغي ذكرها مع غايه الانتباه ويمكن ان يحترز هذه الكيفية من المشاجرات والمعارضات التي تحصل كل يوم في مجالس الحكم بالبلاد الغربية بين الاطباء الذين يثبتون من البحث الرئوي ان الطفل لم يتنفس وبين شهود الاقارب والقوابل اللذين يجوزون بانهم شاهدوه يفتح فاه ويتنفس ويصبح

والصبح الشاق تسهل معرفته بالفعل العنيف الذي يفعله الطفل ليصبح وبهيشة محسنة الدالة على التألم والتعسر الذي يظهر انه يكابده في دفع الهواء من الرئتين وبانتهاء الصباح غالباً باهتزاز ارتعاشي قليل الثبات ضعيف وهذا الصباح قد لا يكون سببه آفة في اعضاء التنفس قال المؤلف في ستة اطفال كان معهم مدة حياتهم تعسر عظيم في الصباح مع ان جزءاً كانوا يسمعون فيهم فلما ما تواجد اثنان منهم مصابين بالتهاب بلوراوى رئوى مع انصباب في تجويف البلوراوى واحد معه لين المعد قليلاً هلامياً وارباع معه التهاب مخي وخامس التهاب بر يتوفى حاد وسادس التهاب تاموري واضح فالظاهر ان الصباح اكتبسب هيئة الالم الذي يحس به الطفل فالصبح الشاق الذي

لا يدركه المشاهد جيداً الاعلى سرير المريض ولا يتيسر شرحه هنا يقرب العقل
ان اقل ما فيه ماعدا كونه نتيجة لازمة لآء من الدا آت ان يكون علامة
لوجود مرض ثقيل في بعض اجزاء الجسم

والصباح الاختناق يعرف معناه من لفظه فلا يسمع فيه لفظ امـ لا وانما
الحركات المتوالية من الشهيق والزفير يحصل منها لفظ ما فغنى مزدوج ممزوج
بحس رفيع تختلف حدته ويسمع متقطعا الى مع قرات والاسباب التي يحصل
منها اختناق الصباح كثيرة ففي ثمانية عشر طفلا كان صياحهم اختناقيا
شاهدت ثلاثة عشر منهم تنفسوا وصاحوا جيدا ورأت معهم التهابا رئويا
شديدا وكانوا قد دوا الصباح في الايام الاخر من حياتهم فشوهدت الرئتان
في الرمة متكبدتين جدا والخبرة والشعب ملتبة والاوعية الغليظة والقلب
والمح محتقنة بالدم جدا وفي طفلين شوهدت الخبرة وحدها ملتبة جدا
واما الرئتان فكان فيهما بعض قرقة والثلاثة الباقية ولدا واضعافا وكان
تنفسهم رديئا ولم يسمع لهم صياح اصلا ففي اثنين منهم وجد في اعضاء تنفسهما
مثل الاحتقان الدموي السابق واما الثالث فقويت حياته بوضع علقه تحت
كل ابط فاخذ في الصباح شيئا فشيئا وفي الثوب بعض ايام ثم مات فلم يوجد في رمته
الا احتقان دموي في الحافة العليا الكل رئة

وكثيرا ما يتفق ان يولد الطفل ويكون صياحه اختناقيا وانما يأخذ صياحه
في الظهور كلما صار التنفس اطلق واوسع وقد يصير التنفس اختناقيا ايضا
في النزاع الذي يعرف في نهاية مرض يقع المريض من تقدماته في نهوكة عظيمة
فاذا شوهد ذلك مع الوجه الايوقراطي كان ذلك علامة يقينية على موت قريب
فهو انذار رديء ثم فتج من ذلك كله ان الصباح الاختناقى يكون كالصباح
الغير السام علامة مظنونة للتلبك والالتهاب في الرئتين وربما كان علامة
لالتهاب المزمار والشعب الرئوية

المطلب الثاني

في تنوع الصباح باعتبار نغمته

ينبغي هنا زيادة الاعتناء والانتباه في المشاهدة حتى يميز هل تغير النغمة حاصل في الترجيع او في الصباح الحقيقي فاما الصباح الحاد فينتج في العادة من الترجيع الذي يصير منسلطنا واغظيا وربما يتحقق وجود هذا الصباح بالبحث في طفل صار عرضة لآلام ذبحة قوية او اختناق قريب الوقوع ناشئ من وجود جسم غريب في الحنجرة او ذبحة غنغرينية والتهاب خنجري مع تكون غشاء كاذب اعني بذلك الداء المسمى في عرف عامة بعض البلاد الغربية بالكروب وهذا اللفظ الذي شبهه جميع المؤلفين بصباح الديك الصغير ويسمع من الاطفال في الذبحة الكروية انما هو ترجيع صار في هذه الحالة لغظيا وحادا بقله او بكثرة في هذين الوصفين ومنقطععا ارتعاشيا بسبب الحركات التنفسية التي تصير الحنجرة مجلسا للمهامة سير هذا الداء المهلك ولقد استشرع بذلك الطبيب يورين سابقا حيث ذكر ان صوت المصاب بالكروب يسمع مدة اخذ النفس

والغالب ان الترجيع في صباح الاطفال يصير حادا اذا صارت اللوزتان او الحنجرة مجلسا للتهيج ما فاذا صاححت الاطفال كثيرا وبموجب ذلك حصل في اعضاء الصوت تهيج كبير لم يلبث الترجيع قليلا حتى يصير حادا جدا واما الصباح الحقيقي فينقطع سماعه ويشاهد مثل هذه الظاهرة اذا امتد التهاب الغشاء المخاطي القمي الى اللوزتين والحنجرة قلل بليار ولقد فحنت رمة ثلاثة اطفال غير مصابين بالكروب وكان الترجيع في حياتهم حادا متقطعا شيئا بصباح الديك الصغير فكان في اثنين منهم ذبحة شديدة وامتد الالتهاب الى القصبة الرئوية وفي الاخير كانت اللوزتان مغشائين بطبقة سميكه من القلاع وكان معه مثل ذلك في حوائف المزمار واما قصبة الرئة فكانت سليمة كالرئة نفسها

وقد يكون جزءا الصباح حادين جدا كما نفيهما تمزقا بدون ان تكون هنالك آفة مخصوصة في اعضاء الصوت والطبيب موفوار ذكر سابقا النغمة المخصوصة لصباح الاطفال المصابين بالاستسقاء الخبي الحاد واطن انه سماه بالصباح الاستسقائي الخبي ويقرب للعقل ان هذا ناشئ من الالم الشديد الذي

يتجلده الطفل الذي مخه متمد ومتزق بتراصكم المادة ااصلية الآخذة
في الزيادة دآتمافي بطينات المخ

فتظن انه لا بأس بان نجعل من القواعد ان ما يسمى عادة بالصياح الحاد يكون
غالبناشئامن الترجيع الذي تغيرت نغمته والاولى جعل هذا التغير المخصوص
علامة لذبحه خنجرية او خنجرية قصبية لالتهاب الرئتين

واما الصياح الثقيل او الرنان فلا يؤخذ منه كبير شئ في العلامات وقد اتفق مرة
اني شاهدت طفلا كان عظيم الاعتبار بصياحه الابح الرنان وكان مصابا
بالتهاب معوى خفيف وشفي بسهولة فبالجملة قد تشاهد هذه النغمة المخصوصة
بهذا الصياح بدون ان يعلم السبب الذي احدها

واما الصياح المحجوب او المستور فيشاهد غالبافي الآفات النزلية فهو يسمع
مع سماع الخرخرة المخاطية او القرعية ولعل المواد المخاطية السمكية السادة
لفروع الشعب تمنع الهواء عن ان يمر باطلاق في القنوات التي يلزم ان يمر منها
ليصعد للمزمار فلا تمر من ذلك كمية عظيمة كافية بحيث اذا نفذت من فتحة
الخنجرة ينتج منها صوت نقي طنان واصابة هذا التغير للصياح اكثر من اصابته
للترجيع فان الغالب ان هذا الاخير يحفظ عادة نغمته الطبيعية وان جاز العكس
فن اثني عشر مولودا كان صياحهم محجوبا اربعة كانت الشعب فيهم مملوءة
بمادة مخاطية وآخران كان معهما ذبحه شديدة فاذن يكون الصياح
المحجوب علامة لآفة في الشعب او في الخنجرة ويشاهد ايضا في الالتهابات
البسيطة في هذه الاجزاء والتي حصل منها فيها اغشية كاذبة ومن المعلوم لنا
ان الاطفال الذين نجاهم الله بعد الاصابة بمثل الآفات السابقة التي فيها تكونت
الاغشية الكاذبة يبقى معهم مدة طويلة تغير مخصوص في نغمة صياحهم
واصواتهم

وهنا النوع مخصوص من الصياح قال بليار لم اشاهده الا ثلاث مرات وهو
بسبب نغمته المشابهة لمعمة الغزو كيفية اضطرابه وارتعاشه يستحق على رأيي
ان يسمى بالصياح المعزى وفي هذا يسمع الترجيع اكثر من الصياح وكل منهما

قليل الثبات ولهما النعمة المخصوصة التي ذكرتها والاطفال الثلاثة الذين
شاهدت فيهم الصياح المعزى كان عمر احدهم ثمانية ايام والاخر ثلاثة اسابيع
والثالث اربعة اشهر وماتوا كلهم من التهاب معوى مزمن ولكن ما عدا ذلك
كان المزمار مجلسا لا وديما عظيمة وكان فيه جميع علامات الذبحة الا وديماوية
بحيث يكون ذلك حامل الى على ظن ان الصياح المعزى علامة خاصة للذبحة
الا وديماوية ولقد علمت ان هذا الرأي لى مأخوذ من امور واقعية يسيرة فعليك
بالبحث والملاحظة عسى ان تقف على ما يفيدك اليقين فيه
المطلب الثالث

في تغير الصياح باعتبار المدة

اذا خرض سبب من الاسباب حركات التنفس صار الصياح سريعاً فتوالى
جزءه بسرعة وتتابع ثلاث صيحات او اربع ويعقبها ترجيع واحد وهذا النوع
من الصياح ينتج عادة من ظهور الم شديد يخافى كما اذا حصل للطفل وخراولع
حرارة بعض المشروبات الحارة ويشاهد ايضا في احوال المغص والقولنج
والالتهاب اليربوني

والصياح المنقطع او الشهيق يشاهد سيمياً في الذبحة الاختناقية التي هي داء
لا تستحق دأئماً ان تسمى بهذا الاسم الخاص القاسى فان الغالب فيها ان تكون
تنبها عصبية في الاعضاء الرئيسة للجهاز التنفسي وهذا الصياح يقرب كثيراً
من الصياح الذي يوجد في الداء المسمى بالكروب وينشأ مثله من تغير مخصوص
في نعمة الترجيع لكن ما عدا ذلك قد يسمع هنا مع التمييز جزء الصياح واما
في الكروب فان الصياح يبدل بالكلية بلفظ نفخي يتبع كل ترجيع ثم ان هذا اللفظ
الشهيقى منتظم جداً وينتج ويحفظ بالاسباب التي تصير التنفس شهيقياً ويدل
غالباً على تكدر عظيم في التأثير العصبى في اعضاء الصوت قال بليار وقد شاهدته
في اعلى درجة في طفل عمره اربعة اشهر ومات بعد ان ظهرت فيه اعراض
مشابهة لاعراض الكروب ووجد في رتمته من التغيرات كتلة كبيرة كالبندفقة
من اجسام درنية مستطيلة وكانت موضوعة في الجباب القاسم الخلفى وضاغطة

بقوة على القصة الرئوية في منشأ الشعب ونقص من ذلك قطر هذه القصة
بحسب النصف بسبب ما كبده من التفرطح بحيث ان الهواء كان لا يتقدمها
الابغاية المشقة

وقد نتج مما تقدم نتيجة كلية وهى انه لا ينبغي اهمال النظر في علامات امراض
الاطفال الرضع فان تغيرات الصباح الحقيقى تدل غالبا على آفة في الرئين
او الشعب واما تغيرات التراجع فتكون غالبا علامة على آفة في الخبيزة والقصة
الرئوية فاذا اكدت التجربة هذه القاعدة التى قد يكون لها استثناء كان هذا
التمييز الذى ذكرته لحزنى الصباح صحيحا لانه قد ينفع فى العمل واما
الاصناف المختلفة التى ذكرناها للصباح المولودين فالظواهر انه بادرى تفعل يمكن
تضاعفها والزيادة عليها باختراع اسماء جديدة اخر لاصناف اخر غير اتنا
نظن ان جميع التنوعات الممكنة يسهل رجوعها الى ما ذكرناه واذا وصلنا
الى دراسة امراض الصوت على الخصوص ننزل عليها كل نوع من تلك
الاصناف وتلك التغيرات للصباح المذكورة هنا بكيفية عامة

الفصل الثانى

فى هيئة السحنة

ينبغى ان تذكر هيئة السحنة بعد الصباح فهى من الوسائط الرئيسة التى تظهر
فى الطفل من الاحساسات التى يكتسبها وسحنة المولود لا يظهر منها
فى عين العامة هيئة واضحة الصفات مع اتنا اذا بيننا حكمنا على مقتضى
التأثر الذى ينطبع فىنا من مشاهدة ذلك نرى انها تدل على شئ لطيف
مقبول نعم يقال ان سحنة هؤلاء الاطفال الصغار تكون كغيرها من جميع
الاشياء التى تفرع حواسنا فتحكم فيها باحكام تختلف باختلاف الميل
الخصوص لعقولنا وعماله تأثير عظيم فى تعقلاتنا وحكمنا ماتنا التخيلات
الاتفاقية التى تنطبع فىنا من الجمال والقبح فينبغى للطبيب ان لا يوقف نفسه
عند هذا الاحساس الاول لانه ناشئ عن مجرد بحث بسيط بل يحرص على انه
مضى رأى فى ادنى حركة الخطاطيط وجه الطفل هيئة احتياج او هيئة الملمز

ان يبحث عن جميع التغيرات التي تعرض له وقد اخترع هذه العلامات التي
تؤخذ من السحنة الطيب الماهر يدلول زيادة في اتساع مجت العلامات
في الاطفال وجعلها واسطة جديدة للبحث فيهم ولا يصح ان يقال ان هذا
البيان لم يحصل منه نفع في العلم لانه انضح به بعض شئ من تشخيص امراض
الاطفال التي هي عسرة خفية دائماً نعم ما ذكره هذا الطبيب هو
ما نقله عنه بعض تلامذته حيث قال ان في مبددة الاشهر الاول من الحياة
لا يكون وجه الطفل الا كتلة عديمة الشكل لا يميز فيها تخطيط ثابت ومع ذلك
فلا امراض الحادة تطبع فيها بعض تنوعات محسوسة وتلك التغيرات تكون
اوضح في الامراض المزمنة انتهى كلامه ثم زاد من نقل عنه ذلك بأنه لا يمكن
ان تؤخذ بعض منافع من العلامات السحنة الامن مدة التسنين الاول الى
البلوغ انتهى والطبيب يدلول المذكور لم بين بيانه الجديد على دراسة
امراض الاطفال الرضع فيكون الموضوع هنا انما هو خلل يحتاج لسده
ومن حيث اننا لا نرى ان وجه المولود لا يوجد فيه تخطيط ثابت ينبغي ان نجتهد
في ان نبين التغيرات التي تعرض فيه والدلالات التي تؤخذ منها فنقول

وجه الطفل في حالة سكونه وصحته لا يوجد فيه غضون والتواءات العظمية
تكون غير ظاهرة والحدان يكونان بارزين مستديرين فالسحنة حينئذ
لا يؤخذ منها شئ لكن متى عرض للطفل الم اولدة حصلت في سخته تغيرات
عظمية الاعتبار فالالم هو الاحساس الوحيد الذي قد يجده الطفل اقله في الشهر
الاول والراحة التي يجد نفسه فيها عند الممارسة المنتظمة لوظائفه هي غيبوبة
ذلك الالم لاحصول اللذة كما ندر له نحن ذلك ونحس به وقد عرفنا ان الطفل مدة
صياحه يحصل له بعض غضون في اصل الانف والزاوية الوحشية للعينين
وينفتح فيه نصف انفتاح واغلب عضلات وجهه تكون في حالة تعاقب انقباض
وانبساط وذلك هو الذي يشاهد فيه عند ولادته والهيشة المخصوصة السحنة
التي ذكرنا سابقاً انها تحصل من الحركات العنيفة التي يستدعيها التنفس العسر
للطفل هي بالنظر لنا اول دلالة ينبغي التمسك بها مع غاية الاتقابه لان بها تتوصل

الى

الى ما هو ابعد عن ذلك فثلاثا لقطع الآن النظر عن الصياح الذي يصعب
 في العادة حركة السحنة ونشبه هذه العضون المختلفة للوجه بالعضون التي
 تشاهد في البالغ المصاب بالآلام شديدة فيشاهد ان الشفة العليا تتكرم من
 وترتفع بعض ارتفاع وترسم عضون عمودية واقفية على اصل الانف وتمتد
 للجهة وتقرب الاجفان لبعضها وتظهر ايضا عضون كثيرة في الزاوية
 الوحشية للعين او ترسم بامتدادة في الجلد على اتجاء العضلة الجفنية فهذه
 هي التخطيط التي يتعمل الرسامون على وضعها اذا ارادوا ان يصوروا حالة
 التألم في الوجه وهي التي نشاهدها في الطفل الذي يصيح وهي ايضا التخطيط
 التي نذل على الوجه المتألم في المولودين واذا ضم لذلك الاحوال التي يوضحها
 الطبيب حكومته تيسر لنا معرفة التألم حتى في الاطفال الصغار جدا قال
 المؤلف وقد تيسر لي تحقيق ما قلته بالبحث في الاطفال الذين يصيحون بسبب
 وخز حصل لهم او بسبب لدغ حرارة ما شربوه من المشروبات التي فيها بعض
 مخونة قولهم

ويسهل ان يوضح كيف يكون الواصف لهيئة الالم هو الانقباضات العضلية
 التي يتسبب عن مثلها نواتر التنفس وتعبه وذلك لان الاحساسات المؤلمة تؤثر
 دائما تأثيرا اشتراكيا على اعضاء الدورة والتنفس فيمتد جميع الدائرة العصبية
 التي شرحها بيل يحصل فيها بواسطة التشعع تنبه فجائي ينتج منه مجموع
 الانقباضات الصدرية والوجهية المشاهدة في الاطفال عند صياح الالم
 واما اللذة الزائدة كالفرح مثلا فتؤثر ايضا في اعضاء الدورة الا انها تمنع حركتها
 بدل ان تحرضها ومن المعلوم ان افراط الفرح ينتج الغشى اكثر من اتساج
 الالم ومن المعلوم ايضا ان صبر الانسان في عملية ثقيلة لا يفي عادة مادام
 افراط الالم ولا يسقط المريض في الغشى عادة الا اذا لم يحس بالحد القاطع للآلة
 فالصياح والشهيق والاختناق التي تعرض للاشخاص المصابين بالحزن تذل
 ايضا على وجود ارتباط بين الاحساس بالآلام والاضطراب التشعبي لعضلات
 الصدر والوجه فاذن انضح لك كيف تكون انقباضات الوجه مدة الصياح

مثل الانقباضات التي يقوم منها الالم
 وبهذا المهم الاول الذي ذكرناه يمكن ان نجعل موضوع الشبه هو الوجه المتالم
 المذكور ونعتبر تنوع السحنة التي لها نسبة بتلك الهيئة علامة للالم ففي
 الالم الاصم المسبب عن مرض مزمن او الحاصل في حالة الضعف العام
 او التعب او عسر الهضم نشاهد في الطفل الذي في المهد التخاطيط المذكورة
 واضحة بكثرة اوبقله بحيث قد تكاد احيانا ان لا تشاهد فتعطي لوجه الطفل
 منظرا مخصوصا لا يخفى على المشاهد الممعن نظره ويستشعره بالحس اكثر
 من ان يشرح بالعبارة قال بليار واذا اردت التعبير عنه بطريق المجاز قلت
 انه كهية محاب يستر وجه الطفل ويظله وقد تكون هذه التخاطيط زائدة
 الوضوح في بعض الاحوال فترسم بحيث لا يمكن انكارها وبشاهد ظهورها
 غالباً عند قيام الطفل من النوم فتكون سحنته كسحنة المتألم وتبقى تلك الهيئة
 كذلك بعض دقائق قبل ان يصبح ولا تزال ايضا باقية مع الصباح بل وبعده
 يسيرا ما في الآلام المستدامة من الآفات البطنية المزمنة فتبقى تلك التخاطيط
 دائمة وان كانت تختلف في الادراك والتنوع ولذا اضيف الى ذلك هبوط الطفل
 وضعفه بحيث صار منقطع اللون ذابلا حصلت الصورة الاصلية للوجه المتألم
 اى السحنة المتأللة وحيث قد فيصح ان يقال ان الوجه هو الحامل لخاتم التألم
 اى الدال عليه ومثل ذلك يشاهد في حالة الاستسقاء الخفى الحاد والالتهاب
 الخالص او الغشائي في الطرق الهوائية فقد عرفنا حيث تد هيئة الالم
 في الاطفال وذلك اول قدم وضع في دراسة تشخيص امراضهم وسيأتى لنا
 في دراسة هذه الامراض على الخصوص كيفية تنوع تلك الهيئة
 من تأثير تغيرات الاعضاء وتنزل عليها حسب الامكان البيان التعليمي
 للطبيب يدلون

وقد يظهر من وجه الطفل الراحة والفرح ومن النادر مشاهدة تبسمه قبل ثلاثة
 اسابيع وقد شاهدت كثيرا منهم في هذا السن ابتداء فيه اول التبسم بواسطة
 للامعة لاجل ذلك واما الضحك الحقيقي فلا يتبدأ مع الطفل غالبا الا بعد شهر

تقريرا

تقرية او الهيئة الذي يتخذها وجهه حيث معرفة جيد الاحاجة لشرحها
وجميع الفسيولوجيين تكلموا على الانفتاح الكلى لتخاطيط الوجه حيث
تكون هي هيئة السرور والفرح وفرقوا بين هذه الحالة والانقباض الكلى
لهذه التخاطيط في الالم فقد قال كسابا ليس ان الحيوان في الالم يتقبض على
نفسه بحيث يقلل سطح جسمه حسبما امكن واما في اللذة فيظهر كأنه يبسط بدنه
من جميع جهاته ليقبل هذه اللذة في اجزاء واسعة من جسمه

وكما تقدم الطفل في السن اخذت هيئة الفرح فيه في الظهور ولاتكون
في الابتداء الا مجرد حركة قليلة في الشفتين تزيد فيما بعد ثم يصحبها قهقهة
في الصوت متكررة ومعرفة هذه الهيئة للسحنة قليلة النفع لنا ويقل احتياجنا
لدراسة تنوعاتها لان مطلوبنا مقصور على التفتيش على العلامات الظاهرة
التي يمكن ان نكتشف بها ينبوع وطبيعة الامراض التي يصاب بها شخص
في سن يعمر معرفتها فيه وتوضيح تألمها

وتقول باختصار ان سحنة الطفل قد يتضح منها اول الالم فيوجد فيها
الاتقباضات المختلفة الوضوح المائلة للاتقباضات التي تصاحب الصباح
وثانيا الراحة فلا يظهر حيث نشئ من الانقباضات وانما يظهر ان التخاطيط
تتدد وتنفتح وتتسع وقد يوجد في سحنة الاطفال غير ذلك فتشاهد هيئة
مخصوصة على حسب كون المصاب هي الاعضاء المحمية او الصدرية او البطنية
وهذا امر يحتاج في اثباته الى مشاهدات كثيرة ولذلك لا نين ما يؤخذ من هيئة
السحنة في هذه الامراض المختلفة الا عند دراستها وكما نبعث هنا عن انقباض
تخاطيط الوجه نبعث ايضا عن تنوعات اللون لانه لا ينبغي اهمالها ايضا
في دراسة امراض الاطفال

الباب السابع

في حالة نبض الاطفال

قال المؤلف اتفق المؤلفون على ان نبض الاطفال اسرع من نبض البالغين
والظاهر ان هذا صحيح بالنسبة للغالب فلا يصح اخذ هذه القضية مسئلة على

وجه الاطلاق لان لها استثناء فاني كثيرا ما تجببت من بطي نبض بعض
الاطفال بحيث كان كنبض بعض الشيوخ الذين تغيرت فيهم حركة الجهاز
الدوري او ابطأت بسبب حدوث بعض آفات عضوية فيهم
ولما كان من المهم تحصيل قواعد ثابتة في حالة نبض الاطفال لكون هذه
العلامة تنفعنا لتشخيص امراضهم بذلت غاية الاجتهاد في البحث عن ذلك
سابقا واستدعي الحال ان اذكر هنا نتائج ذلك ولذا كرر قبل ذلك انه يعسر جدا
ان تعد بالضبط ضربات النبض في المولودين جديدا لان الاندفاعات تتسلسل
احيانا وتتواتر مع سرعة عظيمة بحيث لا تعد واحدة الا وقد وجد منها اثان
وقول من جهة اخرى كثيرا ما يتفق ان تحقق بعض الضربات بحيث لا تدرك
تحت الاصبع وتفر من اتباه المشاهد وليس بادران يحس بهتزاز الشريان
مرتين تحت الاصبع كما يحصل ذلك في النبض المزدوج للبالغين اي حيث
لا يحس بانقباض بين الانبساطين فيمكن ان يعد المشاهد دفعتين بدفعة واحدة
واذا انضم لذلك عسر وجدان الشريان في ذراع سمين مشحوم مررب وزيادة
التعسر في مسك قبضة اليد ثابتة مدة طويلة علم تعسر عد نبضات الطفل
ولومع غاية الاتباه وهاهي ما يلزم للوصول لذلك
وذلك انه ينبغي حسب الامكان التفرغ من مسك يد الطفل بيد واحدة وتثبيتها
لانه يفعل حينئذ حركات مستدامة ليتخلص من الاصابع الضاغطة عليه وانما
الاحسن ان تترك اذرعته خالصة وتوضع مع اللطف بطن الغملة السبابة على مسير
الشريان الكعبري وانما يوصل لذلك بعد بعض لمسات فاذا كان الضغط عليه
عنيفا جاز ان يتسطح فلا تدرك دفعاته ثم اذا استشعر ببعض ضربات خفف
ضغط الاصبع تدريجيا لينأى للشريان التمدد مع غاية الاطلاق فوضع السبابة
قط في الاطفال اسهل لو وجدان الشريان من وضع الاصابع الثلاثة المأمورها
لحس نبض الكبار والبالغين ويصح ايضا وضع الاصبع على الشريان
الصدغي فاذا كانت ضربات الشريان سريعة جدا او خفية او عسرة الضبط
صح ان تعد حركات القلب بواسطة السماع او اليد وذلك هو ما يضطر اليه كثيرا

وهذه الوصايا المذكورة للبحث عن نبض المولودين يظهر انها نافعة لبعض
 الاشخاص الا ان الاستسعار بالاهتمام بها يكون اعظم للاطباء الذين
 يعرفون قدر التعسر الذي يكابدونه في اجتناء العلامات المأخوذة من نبض
 هؤلاء الاطفال الصغار وما وصلنا للقواعد الآتية الابعة المساعدة هذه
 الاحتراسات

قال بليار في احد واربعين طفلا عمرهم من يوم الى عشرة ايام وكانوا بحسب
 الظاهر عمتين بجمعة جيدة قد وجدت النبض في ثمانية عشر منهم يضرب اقل
 من ثمانين ضربة في الدقيقة ووجدته في اثنين يضرب ستا وثمانين وفي واحد
 تسعا وثمانين وفي اربع منهم مائة وفي عشرة من مائة وعشرة الى مائة وخمس
 وعشرين وفي واحد مائة وثلاثين وفي اثنين مائة وخمسا واربعين وفي اثنين مائة
 وخمسين وفي واحد مائة وثمانين فيؤخذ من ذلك ان كثير من الاطفال يكون
 عدد ضربات النبض فيهم تقريبا كما يكون في الكبار البالغين ومنهم من تجاوز
 نبضاته في العدد غيره من المتقدمين في السن مع كوني اجزم بان هؤلاء الاطفال
 لم يكن فيهم علامة من علامات الامراض اصلا

وفي خمسة وثلاثين طفلا عمرهم من يوم الى شهرين وجدت منهم اربعة عشر
 نبضهم من ثمانين الى خمس وثمانين ضربة وواحد من ستين الى اثنين وستين
 واثنين منهم تسعين واثنين آخرين اربعا وتسعين الى خمس وتسعين وخمسة من
 مائة وعشر الى مائة وثنتي عشرة واثنين مائة واربع عشرة وسبعة مائة وخمسا
 وعشرين الى مائة وثلاثين وثلاثة مائة واربعين ومائة وسبعا واربعين الى مائة
 وخمسين فرى هنا ايضا بعضا من الاطفال يشبه نبضهم في العدد نبض
 البالغين بخلاف ما نستنتجه من البحث الآتي وذلك ان في ثمانية عشر طفلا
 عمرهم من شهرين الى ثلاثة شهور اربعة عشر يضرب نبضهم اكثر من تسعين
 بل منهم اثنان يجاوزان المائة وشاهدت في اثنين سبعين فقط وفي الاثنين الباقيين
 من سبعين الى ثمانين وقد اتفق انه لم يتيسر لي عد النبضات في بعض من الاطفال
 الذين عمرهم اكثر من سنة فداثما اجد نبضهم اكثر نواترا من نبض البالغين

فعلى حسب ما تقدم يظهر أنه كثيرا ما يتفق أن نبض الطفل المولود لا يكون أكثر من نبض البالغ إلا أنه يكتسب تواترا كلما تقدم الطفل في السن فتخرج من ذلك أن من الغلط أن يقال بوجه عام مطرد أن نبض الأطفال أكثر تواترا من نبض البالغين لما علمت أن ذلك قد يختلف

ولنبض الأطفال صفة أخرى غير التواتر فانه كثيرا ما يرى غير منتظم وكأنه ارتعاشي ولا شك أن ذلك ناشئ من التغيرات الفجائية التي تحصل في الجهاز الدوري زمن الولادة ومن الانحراف أي عدم الانتظام في الأفعال التي تمارسها الأعضاء في ابتداء مباشرة وظائفها وكثيرا ما يكون صغيرا خيطيا يسهل انخفاضه وقد شاهدت أنه ليس دائما موافقا بالكلية لضربات القلب أواقله أن ذلك أي عدم موافقته لها يمكن إذا وضعت يد على القلب والأخرى على شريان الذراع فيحس احيا نابان حركات القلب ليس لهما طنين في الشريان الكعبري أولا تسمع الا يبطئ وربما كان ذلك ناشئا من سهولة انقباض الشريان بضغط الاصبع عليه او منع ملامسته له

وعندما نشرح الأمراض على الخصوص نذكر التنوعات التي يكابدها نبض الأطفال لكن على حسب ما سبق لك ينبغي أن لا يذهب من ذهنك مقدار التعسر في ضبط هذه التنوعات حتى تستخرج منها بعض نتائج نافعة لمعرفة العلامات ومن السعدان الأطباء الآن قل اهتمامهم بالتقسيم الفرضية التي ظن الطبيب بوردو لزومها في دراسة النبض وانما يوجهون انتباههم نحو الاعراض والعلامات المخصوصة بكشف مجلس وطبيعة التغيرات التي تتولد في أعضاءنا ويخشى منها على حياتنا

الباب الثامن

في ضعف المولود

قد يولد الطفل في حالة متوسطة بين الصحة والمرض وسواء تلك الحالة بضعف المولود وهذه التسمية مستعملة كثيرا مع أنها مبهمه وليس دائما هذا الضعف الظاهري نتيجة نمو غير تام الجنين كما يشاهد ذلك في بعض المستوطنين وانما

قديم يكون من تغير يختلف عمقه في عضو رئيس الحياة ويحصل ذلك التغير للطفل مدة اقامته في الرحم وسنين لك في مسير هذا الكتاب حقيقة هذا الزعم ونجتهد في ان نعين هنا المعنى المراد بقولهم ضعف المولود

فاذا لم نعتبر الا الحالة الظاهرة للطفل اعتبرنا ان الضعيف من الاطفال هو من يولد دقيق الاطراف والجذع عسر التنفس يكاد صياحه ان لا يسمع ولا يستقر في جوفه المشروبات او اللبن الذي يتعاطاه وكذلك انه في حالة استعداد للموت لكن اذا نظرنا لينبوع هذه الحالة العامة التي في الجسم نرى ان اسبابها مختلفة جدا فيمكن ان تنسب لآفات مختلفة الاجناس قال بليار ولا حاجة لان تذكر ذلك هنا بالتفصيل شرح جميع الاحوال التي وجدنا فيها آفات يختلف ثلها مع مثل هؤلاء الاطفال الذين كانوا بالصفة التي ذكرناها وانما نقول بالاختصار قد اودعنا شرح كل من هذه الامراض الخلقية لنذكره في المحل المناسب له من هذا الكتاب وانما نذكر هنا انه ينبغي ان يميز ضعف المولود عن الاحتقانات الرئوية او الخمية التي تحصل غالباً في الاطفال من اعمال الولادة لان هذه العوارض اذ كانت تقرب لان تكون حديثة ويمكن ان يوجد في الطفل المصاب بها غير السبات والغشي جميع صفات القوة والصحة وعكس ذلك في الاطفال الضعيفة النخيفة الذين اطرافهم هزيلة ووجوههم مخططة يغضون واعينهم غائرة في الجحاج ومنظرهم العام مفزع مقرف احياها للناس الذين يسرعون التهويل فيما يرونه خارجا عن الهيئة الاعتيادية لتولدات الطبيعة بحيث ظنوا انهم شاهدوا اطفالا ولدوا مرضوضة عظامهم او مسلوخة جلودهم

وقد وجدت في ثمانية عشر طفلا ولدا بعد تمام الاشهر في حالة ضعف ونحول واضح التهابا شديدا جدا في الجهاز المعدى المعوى وفي ستة التهابا رئويا جيد المعرفة وفي اثنين التهابا رئويا عارفا بالاتصاقات القديمة المتينة وبانصباب سائل مضفر في البطن وفي واحد التهابا بلورايا من منا وسنذكر هذه الامور الواقعية في المواضع التي تستدعيها

ومع ذلك لا ينبغي ان يظن ان جميع الاطفال الذين يولدون مع تغيرات عميقة في بعض اعضائهم يوجد فيهم الخول والضعف العام الذي ذكرناه لانه سيأتى لنا قريباً العكس ولنقدم لك انه كثيراً ما يوجد فساد عميق في الجهاز المخى الفقري ومع ذلك لم يتغير هيئة الطفل ولا نضارته بل الاثار الاعتيادية للصحة وللخو الطبيعى متوفرة فيه وقد تولد ايضا اطفال يحكم بشدة قوتهم بالنظر لسنهم وحسن تكون اطرافهم ومع ذلك يموتون بعد ولادتهم ببعض ساعات او ببعض ايام واذا فحنت جثثهم يوجد فيها احتقان دموى في الاعضاء الرئيسة كالخ والرئة والقناة المعوية مع انصباب دم تختلف كثرته في باطن التجاويف المحتوية على هذه الاعضاء

ونقول من جهة اخرى جميع الاطفال الذين يولدون ضعافاً مهزولين قد لا يكونون مصابين بأفات طفيلة بل قد لا توجد فيهم ادى آفة اصلاً وشاهد ذلك مناهضة للمؤلف وهى ان طفلانئى حمل بعد ولادته حالاً الى بيت الاطفال الملتقطين فكان طوله ثلاثة عشر قيراطاً ونصف قيراط وكانت اطرافه السفلى دقيقة صغيرة جداً ووجهه مكرشاً محجراً وجلده متلون بالحمرة وحركاته قليلة الوضوح وصياحه وان كان تاماً الا انه يعسر سماعه وحرارة جلده طبيعية وشرب هذا الطفل بدون ان يتقيأ ما شربه الا انه رفض اخذ حلمة الثدي ثم في المساء خرج منه مقدار كبير من العقي وبقي في الايام التالية على الحالة التى ذكرناها ثم مات بعد ان تم له خمسة ايام ولم يكن فيه شئ من العلامات سوى الضعف الزائد ولما فحنت جثته بعد اربع وعشرين ساعة وجد الفم سليماً والمرئى محتقناً كبقية الجزء الاسفل عن الجباب الخارج من القناة الهضمية التى كان باطنها مغطى بمادة مخاطية سميكة ووجدت الكبد هابطة على نفسها قليلة التغير والفساد والرئتان مفرقتين ماعد احدهما الخلطية فانها كانت محتقنة ووجد كل من القناة الشريانية وثقب بونال مفتوحاً فحمة واسعة ولب المخ مسترخياً قليلاً ومصفراً وبطنه الجائيان محتويين على بعض مصل حمراء والنسوج الخلوى تحت جلد الاطراف مرشحاً بمصل اصفر صاف

فمن الواضح ان موت هذا الطفل كان مسببا عن حالة الضعف العام التي ولد فيها
وان احتقان القناة المعوية وانصباب المصل في بطون المخ وترشح الاطراف كل
ذلك على رأي نائني من حالة الضعف والجلود في الاعضاء الرئيسة وسيافا علالت
الدورة وسيأتى لنا ايضا امر واقعي مشابه لذلك غير انه ينبغي الاتفاق على ندرة
وجود هذه الحالة بدون آفة وبدون سبب مرضي آخر غير الضعف العام
في المولود وقد تشاهد اطفال يسقطون بعد الولادة في حالة فحول وذبول
وسقوط فتكون اعينهم خاملة غير لامعة وتصير اطرافهم باردة وشفاهم منتفخة
ووجوههم ذابلة ويمتليهم بمادة مخاطية ولا يكون عندهم قوة لالتقام
الثدي وحيانا يحصل لهم قيء من مادة مخضرة وسمى غرديان تلك الحالة
بضعف المولودين وسيأتى لنا ان سبب هذا الهبوط التدريجي في الغالب
الالتهابات المزمنة في الجهاز الهضمي ويكون من الخطأ استعمال المنبهات
والمقويات التي امر بها غرديان في مثل تلك الحالة لتعويها قوة الطفل وسيأتى لنا
في هذا الكتاب ادلة كثيرة تثبت ما قلنا .

واستفيد من هذه التنبيهات التي ذكرناها امور الاول انه اذا ولد طفل في حالة
ضعف وفحول وقلة قابلية للمعيشة لم يلزم نسبة هذه الحالة لمجرد ضعف في غزو
البنية الثاني انه يمكن ان يكون سبب ذلك آفات كثيرة مختلفة الثالث انه يلزم
البحث قبل ان يقوى الطفل بالمقويات والمنبهات عن السبب الحقيقي لهذه
الضعف الظاهري ويسهل تعاطي هذا البحث لمن درس طبيعة اعراض
امراض الاطفال ارضع وسيرها

فاذا تحقق ان هذه الحالة ناشئة من مجرد الضعف لامن حالة التهاب في بعض
الاعضاء ينبغي ان يجتزع الطفل اللبن بان يوضع في فيه باي طريقة كانت ومثله
ايضا بعض امراض خفيفة جدا وجرعات خفيفة مقوية عطرية وبعضهم ذكر
انه رأي النفع كثيرا في ذلك السلسلة الطهرية والخالية بمرور روزان وسيأتى
في الدستور فاذا كان هنالك امساك اعطى شرابا مبيها لالمؤلفا من الشكوريا
او من زهر الخوخ بكمية من نصف اوقية الى اوقية في اوقيتين من متقوع ورق

البرتقان ويستعمل منه ملعقة ملاعقة من الملاعق الصغيرة والى هنا انتهى
الجزء الاول من الكتاب الاول

الجزء الثانى

فى شرح الامراض على الخصوص

اعلم ان فى مدة مكابدة الجنين فى الرحم التنوعات المختلفة التى بها ينتقل من طور
الى طور حتى يصل الى حد الحياة داخل الرحم يكون قابلا لتأثير نوعين من
الاسباب يمكن ان يغيرا شكل اعضائه وتركيبها النوع الاول منسوب لعدم كمال
نمو الاحشاء والنوع الثانى يعسر توضيحه لكن تسهل معرفته بواسطة
نتائجه لانه ينشأ عنه فى تركيب الاعضاء تغيرات مشابهة للتغيرات التى تحصل
مدة الحياة وينتج منها امراضنا

فالنوع الاول من الاسباب اتقن دراسته جيدا فى هذه الازمنة الاخيرة مع غاية
الانتباه مشاهير المشرحين ومن اعمالهم واجماعتهم تقدر الآن على توضيحات
كافية وبيانات شافية لطبيعة التشوهات الخلقية وتكونها واما التغيرات الاخر
فيظهر ان الاطباء لم يمعنوا فيها الى الآن انتباهاتهم امعانا تاما واطن ان
من المهم الاشتغال بمعرفة حقيقتها اذ من اللازم لمن اراد دراسة الاعضاء
المختلفة فى الطفل ان يعرف العيوب الرئيسة لتكون وكذا تغيرات التركيب التى
يكابدها كل عضو مدة الحياة داخل الرحم وذلك هو ما اردنا ذكره هنا ولذا ذكر
ايضا باى العلامات يمكن فى زمن الولادة ان يشخص وجود تغير كذا او كذا من
هذه التغيرات ثم نشرح الامراض التى قد تظهر بعد الولادة وتتم شرح هذه
الامراض بذكر الوسائل العلاجية الاقوى فاعلية لمقاومتها

فنشرح على التوالى آفات الخلد اجمالا ونبنى تفصيلها للكتاب الثانى ثم المنسوج
الخلوى ثم الجهاز الهضمى ثم الجهاز التنفسى والدورى ثم الجهاز الحشى الشوكى
ثم المجموع الانتقالى والمجموع التناسلى ونقسم كما ذكرنا التغيرات الخلقية
فى الاعضاء الى نوعين عيوب التكوين وتغيرات التركيب ومرادنا بعيوب
التكوين اول العيوب التى تنتج من وقوف النمو كأن لا يوجد من العضو الانشاء

ومبدأ

ومبدأ من شكله الاصلى وثانيا العيوب التى تحصل من شبه ضخامة فى العضو
وثالثا العيوب التى تشاهد من مجرد تشوه يعرض فى قطر الاعضاء المختلفة
من الجسم او فى اتصالها ببعضها ومرادنا بتغيرات التركيب التغيرات التى
تنتج من التبدلات التى يحدثها سبب مرضى فى لون العضو وتأليفه بدون
ان يتغير فى الظاهر الشكل العام له ولنبدأ اولاً بدراسة امراض الغشاء
الظاهر اى الجلد لانه اول ما يبدوا عين الطبيب وفى هذا الجزء سبعة
عشر باباً

الباب الاول

فى امراض الجلد والمنسوج الخلوى فى الاطفال

فى هذا الباب سبعة فصول

الفصل الاول

فى عيوب التكون والامراض الخلقية فى الجلد

الجنين لم يرزل جلده الى نصف الشهر الثانى غير متميز وانما قرب هذا الزمن على
رأى بعضهم تبدأ البشرة فى الظهور ثم الى نصف الحمل يكون الجلد
رقيقاً عديم اللون شفافاً ثم يصير وردياً الى الشهر الثامن تقريباً وفى هذا الزمن
يكون متتبع اللون ماعداً ثنياته وامامشاهدة الاجربة الدهنية فتبتدأ فى نصف
الحمل اى من اربعة اشهر ونصف فتظهر اولاً فى الرأس ثم فى بقية اجزاء الجسم
وفى نهاية السابع يتبدأ ظهور الظلاء الدهنى او الجنينى على الجلد وعند الولادة
يكون الجلد مغطى بهذا الظلاء ويكون ابيض وردياً فى الاشخاص البيض
وفى هذا الفصل ثلاثة مباحث

المبحث الاول

فى غيبوبة الجلد من اصله

قد يعدم الجلد فى جزء او اكثر من اجزاء جسم المولود لكن الغالب ان يكون
عدمه مع عدم الجزء المغطى هوله فن ذلك عدم جلد البطن والصدر والرأس
فى الاجنة الذين فقدت منهم الجدران العظمية والعظمية لهذه التجاويف

فاذا قد جزء من الجلد صغير او كبير وجدت في العادة حوافي تفرق الاتصال
حمرآء فيها متانة يسيرة وملتصقة جدا بالاجزاء التي تحتها وبالاختصار يوجد
في هذه الحوافي المنظر الظاهر لفساد حقيقي

ولقد الجلد سيبان مختلفان لان الجلد اما ان يكون وجدا ولا ثم عرض له فساد
اخذ في التقدم حتى اتلفه كما يشاهد احيانا في عديم الملح وفي الحدة ورياح الافرسه
او ان الجلد لا يوجد اصلا لكون الاجزاء التي يلزم ان يغطيها وقف نموها وذلك
هو ما يحصل عادة في فقد الجدران الصدرية او البطنية او الجمجمة ويدرك
تلف جلد الجنين مدة اقامته في الرحم بكيفيتين وذلك لاننا كثيرا ما نرى
في المولودين اوراما قشرية بدون ان يفسد جلدها الا ان تقدم الورم لم يلبث قليلا
حتى يرقق هذا الجلد المغطى له ويقرحه ثم يمزقه وما يشاهد بعد الولادة يصبح
ان يشاهد قبلها ايضا ولا شك ان من ذلك تقرح الجلد المغطى لورم الحدة
ورياح الافرسه في بعض الاطفال الذين تشاهد فيهم عند الولادة رقعة او فساد
في الجلد المحاذي للاورام التي معهم سواء كانت في العجز او في السلسلة ومن
الواضح ان هذا الفساد نتيجة وجود سائل متراكم في الورم فيجد جلده ويهيج
ويريد ذلك النهيج على الدوام من الاحتكاك المعرض له هذا الجزء البارز

وكيفية حصول هذا الفساد في جلد الجنين ان هذا الجنين اذا كان مدة الحمل
في حالة تعب من حصره في الرحم لكون هذا العضو محتوى في تجويفه على
بعض تولدات مرضية تغير شكله وتقل سعته جازا ان الجزء الجلدي الملاصق
لهذا الجزء البارز من العضو الرسمى يرق بل ويفسد تركيبه ويوجد مع الطفل
عند الولادة آثار واضحة لانضغاطه المذكور ولفساد تركيب الجلد

قال المؤلف قد وجدت في مولود ساذكر قصته في مبحث فتق المخ فساد جدار
الجمجمة في محاذة عظم الجدار الايسر وابدل ذلك الجلد باثرة منضغطة ملساء
محمرة طولها قيراط ونصف وعرضها اربعة خطوط ووجدت ايضا في عظم
الجدار المنضغط في هذا المحل فتحة مستطيلة طولها قيراط فقط وداثرتها
مستديرة لا بانتظام وحافتها كالمقطوعة بانحراف

وتشوه الجمجمة وانضغاط جزء منها والفساد التام لقروة الرأس وتلف الجدار في محاذة هذا الانضغاط جميع ذلك يحمل على ظن انه يوجد في الرحم الذي حي فيه هذا الجنين جزءا رزكيا ليوس مثلا كان ملاءم لجزء الجمجمة الذي ذكرناه فالتلف جلده ويمكن ايضا ان يظن انه كان في الخوض تشوه اتعب نمو الرحم ومن الاسف انه لا يمكن ان يحقق شكل هذا العضو في ام الجنين ولان يعرف هل حصل للام في مدة الحمل ضربة او سقطت على البطن وعلى كل حال هذه الظنون مؤسسة على امر فيه بعض وضوح بحيث يكون اقل ما فيها انها قريبة للعقل اذ قد صرح بقراط في كتابه في التناسل ان الام اذا اصابها مدة الحمل ضربة على بطنها حصل للطفل تشوه وآفة في المحل المخاذي لذلك من جسمه والمشاهدة السابقة تقوى رأى هذا الامام الكبير في الطب وله ايضا مقويات كثيرة منها مشال للطبيب لوزاج وهو جنين في جبهته آثار آفة نشأت من ضربة حصلت على بطن امه وهو في رحمها وشاهد شوسبير امورا مشابهة لذلك وذكر جيو فروه جنينا ولد تام الاشهر ووجد معه جرح كان حصل له في الشهر الثالث من حمله بسبب حركات عنيفة فعلتها الام في ذلك الزمن لاجل الاسقاط

وبالجملة قد تتلف سعة من جلد الطفل مدة اقامته في الرحم اما لكونه ظهر على سطح جسمه ورم الازم للجلد المعطى له بان يتدد ثم يرق ثم يتقشر واما لكونه يوجد على الوجه الباطن للرحم جزء يختلف في المثانة والبروز وبلاقيه بقوة وعنق جزء من سطح جسم الطفل وان كان ماء الامنيوس موجودا فهذان هما السببان في اتلاف جزء من جلد الجنين قال اولفير وهنالك سبب آخر قد يحدث التهابا وتقرحا في جلد الجنين قبل ولادته وذلك ان من المعلوم ان عدم مماسة الهواء الجوي للجلد يعين في بعض الاحوال على ان تتحول صفاته الى صفات الغشاء المخاطي وذلك هو ما يشاهد في الثنيات العميقة التي يحدثها أثناء الاطراف في الاطفال السمان والانتباضات العضلية وقد ذكر الطبيب هيربار من مدة طويلة حوادث من هذا النوع لاثبات المشابهة التي توجد بين الجلد

والغشاء المخاطي ولا شك ان ماء الامنيوس يؤثر على سطح جسم الجنين
 في الرحم تأثيرا مشابها لفعل الهواء على جسم الطفل بعد الولادة اذا كان
 الوضع الخاص لاطرافه مسترخيا منه عن تأثير السائل الامنيوسي الغامر له
 فالجلد اولايين من ذلك ويمكن ان يلتهب ويتقرح والمشاهدة الآتية عظيمة
 الاعتبار في ذلك وذلك انه حمل الى طفل مؤث ولد منذ يومين ومعه الصنف
 النادر من الداء المسمى بالقدم المقلوبة اي ان القدمين منقلبتان على الساقين
 بحيث صار الوجه الظهري لكل منهما مستندا مباشرة على الوجه المقدم
 للساق وكان معه في الجانب الايسر على الكعب الوحشي في الثنية الناتجة
 من الالتئام الظهري للرجل على الساق قرحتان في الجلد عمقهما سنجابي
 وحوافيهما محجرة جدا ومدممة ومنظرهما كمنظر حرق جديد في الدرجة الثانية
 واما القدم اليمنى فيوجد في جزئها الانسي وفي جميع سعة سطحها الظهري
 والثلث السفلي للوجه المقدم من الساق المقابل لها خشك ريشة واسعة
 سنجابية مصفرة محاطة بدائرة التهاية محجرة جدا مدممة اي يرشح منها دم
 وكانت هذه القرحة كالتي في الساق الاخرى اعظم مشابهاة بحرق جديد
 ولما رأى الطبيب المولد هذا التغير الغريب في الجلد وقت خروج الطفل وضع
 عليه رفاة مبتلة بماء الخطمية بدون ان يتغير من ذلك منظر هذه الجروح
 ولما عرفنا ان البسط اللطيف يعيد القدمين بسهولة الى وضعهما الطبيعي غير انه
 بسبب المما شديدا اخترت لذلك وضع رباط باسط ليعارض الالتئام المخالف
 للعادة ومع ذلك وضعت على سطح القروح قيروطى جولار واستديمت هذه
 المعالجة مع غاية الانتباه فلم يلبث الحال قليلا حتى حصل الالتئام التام
 للقرحتين وحصل فيما بعد اعتدال القدمين انتهى
 فاذا ولد الطفل ومعه قدسئ من الجلد لم يسط ما جاوره على المحل المكشوف
 مع وضع رباط قادر على حفظه في ذلك المحل وتغطيته له ويمكن مع ذلك ان يعين
 على التئام هذا الجزء المتقرح كما رأيت وبالجمله علاج ذلك يكون كعلاج
 الجروح الاعتيادية التي فيها زوال جوهر هو الجلد

المبحث الثاني

في الزوائد الجلدية والتولولية ونحوها كالشعر وغيره

قد يحصل في الجلدة تشوه بالزيادة وتحصل هذه الزوائد الخلقية غالباً بل دأماً من ثنية او امتداد في جلد بعض اجزاء الجسم وتشاهد في الوجه او الجذع او الاطراف ~~لكن~~ وجودها بالاكثر يكون على الوجه او اليدين او القدمين وتكون احياناً طويلة بحيث تسبب تشوهاً حقيقياً ويصحبها غالباً كما قال مكيل عدم نمو الجلد في محل اخر قال بليارد شاهدت مولوداً مؤثماً معه في كل خذراً ثمة جلدية طولها نصف قيراط تقريباً وغلظها كريشة غراب وكان معه ايضاً ثنيان آخران امام الاذنين وغلظهما كذلك الا انهما اقل بروزاً وصدفة الاذن اليسرى تكاد ان لا تكون موجودة وكان هنالك انسداد تام لفتحها وبالاختصار كان هذا الطفل جيد التكون وممتعاً بصحة جيدة الا ان اقاربه اخذوه بعد بعض ايام بحيث لم يمكث عندنا بيت المبتةطين الا يسيراً

واظن ان المناسب ازالة هذه الزوائد الجلدية في الايام الاولى من الولادة لان الالتحام الذي ينتج من قطعها يكون اقل ظهوراً بل ينحى ببطئ مع طول الزمن وينظمر ان واسطة ازالتهما هو الرباط الذي يوضع مباشرة على محل اندغامها ولا ينبغي ان تشبه هذه الزوائد بالاورام النشئة من نمو الفطر الدموي الذي سنتكلم عليه فيما يأتي

وذكر اولفير نوعاً آخر لم يتكلم عليه بليارد وينظمر انه نادر وهو الزوائد التولولية وكانوا يعتبرون سابقاً اغلب الافات الجلدية الخلقية زهرية اي ناشئة من الداء المبارك وان لم تكن في الحقيقة ناشئة منه مع ان جميعها انما هو نظير ما يشاهد بعد الولادة بكثرة ولا اعرف الى الان حادثاً من تلك الزوائد التولولية التي تستولي على جزء عظيم من سطح جسم الجنين الا هذا المثال وذلك اني سنة ١٨٣٥ عيسوية كلغت من وكييل الملاك بفتح جثة طفل استخرج من البطن في اليوم السابق وكان المراد معرفة سبب موته فكان على حسب درجة تعفن الجسم يظن ان اتقاعه في الماء كان من مدة ثلاثة اسابيع

تقريباً ونمو هذا الجنين كان كتموجين تام الأشهر ولا حاجة لان اذكر لك
ما في هذا الجنين مما هو خارج عن الموضوع الذي نحن بصدده وانما نقول
انه وجد على جميع الجزء المقدم لصدره وعلى البطن وسيما جزؤه العلوى عدد كثير
من التأليل لونها ابيض سنجابي و~~ك~~ كثير منها في حجم العدسة وكان لها
عنق يختلف ظهوره والغليظ منها مشقوق في اعظم سمك فيها فاذا ازيت
عنها البشرة التي فصلها التعضن عن الجلد شوهد ان هذه الزوائد نافذة منها
لان البشرة مغطية لها وثبت بالتشريح ان كلا منها يأخذ اصله من سمك الادمة
الى المنسوج العلوى الذي تحتها وكما وجدت هذه الزوائد على مقدم الصدر
والبطن وجدت منها ايضا على المنكبين وعلى العضدين الى المرفقين وسيما من
الجهة الوحشية والخلف قليلا وعلى الفخذين والاليتين كذلك من الوحشية
والخلف فقط فكانت هذه الاقسام كلها مغطاة من اليمين واليسار في السعة
المذكورة بعدد كثير من تأليل صغيرة بحيث صار منظر الاعضاء من سطح
الجلد محببا ومنها ما كان مضاف اللون بحيث يظن من مسافة ما ان الجلد كله ملون
بهذا اللون وبقيت اعضاء هذا الجنين كانت في حالة سلامة

وهذه الافة المذكورة وان قربت بصفات التشريحية من الافة التي تشاهد
كثيرا في اعمار مختلفة للحياة الا ان المحقق يخالفها لها جدا بالنظر لخواصها
لان التأليل التي توجد كثيرا على سطح الجلد لا توجد في العادة الاعلى بعض محال
منعزلة عنه ولا تغطي كما هنا جزأ عظيم من الجسم شاغلا قسما واحدا في كل من
الاطراف الاربعة على سبيل التساوى من الجانبين واما الامر الواقعى الفريد
للذى شوهد في البالغين وله شبه بهذه المشاهدة فذكره بكلان سنة ١٦٤١
لانه شاهد جزأ حامعه على جميع سطح جسمه زوائد قوللية كثيرة وقد شاهدت
مثل هذه الظاهرة في مريض عمره اربعون سنة ومات بالتهاب مزمن في العضلة
ابواس فكان في جميع الجزء المقدم للصدر والبطن الى محاذاة السرة عدد كثير
من تأليل صغيرة بعضها عريض القاعدة وبعضها ذو عنق واخبرني هذا
المريض ان ذلك فيه من زمن طفولته بل يظن انها موجودة فيه

من وقت ولادته

وهذه المشاهدة ترد على من قال ان التاكيل لا تكون خلقية ونحن نقول انها قد تكون خلقية ويقويها الحادث السابق الا ان يكون هذا القائل تمسك ببعض امثلة من نوع ما نسبناه للافات الزهرية الخلقية لكن اقل ما يكون ان الالتباس هنا غير ممكن اذ لا مشابهة بين هذه التاكيل والانواع المختلفة من الداء المبارك واما حالة الام فيظهر لنا انه ليس فيها ما يفيد توضيحا لعلامة هذا الداء الغريب

وقد ذكر المؤلفون زوائد قرينة تتكون على الجلد وشوهدت هذه الزوائد في الكبار البالغين والعجائز مرار كثيرة بحيث لا يشك في وجودها فيهم من زمن الولادة لكن الظاهر انها نادرة جدا في الاطفال وسما في المولودين ويكني ان نذكر هنا ان هذا التغير الجلدي جائز في المولودين ويلزم في جميع الاحوال المبادرة بقطع هذه التولدات المرضية مع الاحتراس من ان يؤخذ مع ذلك جزء الجلد المندمجة عليه

وقد شوهدت ايضا اطفال مغطاة اجسامهم برغب ووبر والعامة تعتبر المولود حينئذ بانه دب او تيس او ذئب او نحو ذلك وقد ولد عندنا بـ مدرسة الولادة طفل مغطى معظم جسمه بلطخ وحمية واسعة بنفسجية نابت عليها زغب وشعر كثير وكان منه ما يبلغ طوله نصف قيراط ولا سيما على الظهر والالية والفخذين حيث تكون اللطخ كبيرة بحيث كادت تملأ تلك الاعضاء ومرتفعة عن الجلد ولذلك كان منها على الذكور لطخة كادت ان تغمه بحيث بلغ هذا العضو منها حجما عظيما كانه ذكر بالغ ومثل ذلك ايضا الصفن وكانت لطخ الوجه ايضا كبيرة تكاد ان تغمه وكان الشعر في تلك الاجزاء كبيرا وبالجملة كان هذا الطفل اعجوبة من عجائب المخلوقات بالنظر لتلك الوحش والشعر النابت عليها ولا سيما ان الاجزاء السليمة من ذلك من جلده كانت قليلة وفي غاية البياض وكان الطفل جميل الصورة والخلقة لولا هذه الاجسام المشوهة النابتة عليه ولم يعيش الا جملة اشهر ولما مات حفظت عندنا جثته بالمدرسة الطبية في سائل

ويصبحون بعسر فيكون بالاسف كسبيا اى الاختناق او بالسكته وهناك
اطفال آخري ولدون ضعافا بالنظر للهيئة الظاهرة غير انهم قابلون للمعيشة اكثر
من الاطفال الاول بالنظر لقوة صياحهم فيكابدون التغيرات التى تحصل لهم
دفعه من مرورهم الى الحياة خارج الرحم ~~لكن~~ بدون خطر يخشى عليهم
من ذلك

وهناك اسباب آخر لصياح الطفل غير ما يلزم ان يكابده من الاضطراب بسبب
احساساته الجديدة الغير المعتاد عليها فقد يكون محرضا من التعب او من
احتياجه للاغذية او من الالم فمن المهم حينئذ تمييز هذه الاسباب عن بعضها
لتبهدا وتلطف

فالتعب العام الذى يكابده من قاطعه ولفائفه الملتف فيها قد يكون سببا للصياح
وقد كانوا سابقا يطمطون الطفل بحيث لا يتحرك شئ من جسمه وقد تركت هذه
العادة ولله الحمد وان كان يوجد عند بعض الاطفال الملتقطين بيا ريس من هو
بذلك الهيئة لانهم لم تزل مستعملة مع بعض القبائل الذين لم يتقدموا فى المعارف
وبالجملة هى من اقبح العوائد واضررها بالطفل وانما اللازم تخفيف قاطعه ولفه
ليسهل تنفسه واطلاق اطرافه ليسهل عليه تحريكها وان يكون فراشه
الذى ينام عليه لين اذا الفراش اليابس تتأذى منه البالغون فكيف بهؤلاء
الاطفال ذوى الابدان الرخوة فاذا كان قاطعه شديدا بحيث انضغطت منه
اعضائه وترك كذلك مدة طويلة مع احتياجه للنوم الذى هو اقوى
الاحساسات التى يجدها حينئذ بعد الولادة شوهه بحسب الظاهر سكونه
وهدوءه غير ان هذا السكون وقته برهى لانه بمجرد استغراقه فى اول نوم يصيبه
يستفزه التعب الذى يجده من القمط الشديد فيتبدأ فى الصياح ويناهد فى
بيوت الولادة انه متى تحرك طفل وصاح قلته جميع الاطفال الموجودين هناك
فيسمع الصياح من جميع جهات الاوضة المحتوية عليهم فباستيقاظهم بصياح
الاول يحصل لهم مثله التعب والالم الذى كان النوم مسكاه وقتما
ويعرف ان صياح الطفل ناشئ من التعب الذى يجده من ملابسه او من فراشه

الغير المناسب بأنه اذا ازيلت لفاثته اوارخيت اوسوى فراشه سكن صياحه
وانقطع ويعرف ايضا كون الصياح من التعب فقط بنقطه اى حصوله زمنا
فزمنا وسكونه من ادى تغيير للهيئة او من ادى نشاطا للاطفال الذين يتأنى
نشاطهم وقد يكون سبب صياح المولود احتياح الاغذية وتحقق سببية ذلك
اذا عرف انه لم يأخذ ثديه من مدة طويلة لكن لا يستدل دائماً من سكونه
باعتقائه حلة الثدي على انه كان جائعاً لان هناك اطفال لا يقيم شراهة عظيمة
للرضاع ولا يسأمون اصلا من التقام اثناء مرضعاتهم وتقذف في كل لحظة
معدهم اللبن المالى لهم او تصير مجلسا لالتباب اذا تقدم عسر شفاؤه فيلزم في هذه
الحالة زيادة الانتباه في تحديد ساعات للارضاع والاجتهاد في تسكين الصياح
بوسائط اخرى لاتنس ان للعادة في الوظائف العضوية عنده هؤلاء الكائنات
الصغيرة تأثيرا له منافع جليلة في قوانين الصحة وحفظها

واما الالم فكثيرا ما يكون سببا للصياح المولود ولكن صياح الالم عظيم الاعتبار
بشدته وكثرته وصعوبته وبالهيئة المخصوصة للسحنة حيث يعسر شرحها
مع انه يسهل ادراكها وفهمها وبالحالة العامة للطفل كالتقاع اللون والضعف
وعدم الشهية ورفض تعاطى الثدي ومن الاوصاف الدالة عليه ايضا اجتماع
الاعراض والعلامات الدالة على وجود مرض في بعض اجزاء الجسم ومع
ذلك قد يحصل في النعمة والهيئة للصياح المعرض من الالم تنوعات بحسب
الاعضاء المريضة سنذكرها قريبا في المبحث الثالث

ومن الاطفال من يصح بدون ان يعرف في الحقيقة سبب صياحه ومع وجود
هذا الاضطراب المستدام والسهر الطويل لا يشاهد في هذا الطفل ضعف
ويبرز هذا الصياح **ب** كونه اشد من غيره من انواع الصياح التي توجد
في قاعات الرحمة مع الاطفال الملتقطين والمرضع تصف الاطفال الذين معهم
هذا الصياح بالشريرين وينشأ ذلك التنبه المستدام من نوران الحساسية
فيهم اكثر من غيرهم فعلى ذلك **ب** كون الصياح ايضا معلنا بتعب ينبغي
ان يجتهد في تشاغل الطفل والهائه عنه بالوسائط المناسبة

ومن المهم مراعاة ما يحصل في أعضاء التنفس والدورة مدة صباح الطفل فانا نعلم
 حينئذ ان الفاعلات الطبيعية للتنفس تكون في حالة كأنها تشنجية فينتج من
 ذلك تكدر وعظيم في الدورة الرئوية فلا يرجع الدم في التجاويف اليسرى للقلب
 الا بعسر فيقف في الرئتين ثم يفيض في التجاويف اليمنى ومنها يذهب في المجموع
 الوريدي عموما وينتج من ذلك الاحتقان والالون البنفسجي في الوجه بل
 والاطراف وذلك هو ما يشاهد عادة في الطفل الذي يصبح بشدة قالد بليار وقد
 شاهدت كثير من الاطفال حصل لهم اسفكسيا حقيقية وقية بسبب
 صباحهم فتكون الرئتان والقلب بل والمنخ معرضة حينئذ للاحتقانات التي قد
 تكون مهلكة قتلة والصباح المستدام الذي يحرضه الالم في الاطفال
 الرضع الذين هم عرضة لالتهاب معدى معوى بسبب تغذية رديئة السير
 قد يكون ايضا سببا للفتوق اذا تقدم فيهم الخول الحاصل من المرض فيلزم دأما
 ان يجتهد في تسكين هذا الصباح وقطعه بما ذكره روزان حيث قال
 صناعة تسكين الطفل تقوم من منع سبب الصباح والهاء الطفل ببعض اشياء
 تشغله ويعمن فيها بحيث يزول من عقله السبب الذي يشير الصباح بالكلية
 قال بليار واظن انه لا بأس لاجل منع سبب الصباح وعوده ان تحدد وتعين
 ساعات الارضاع ويعود الطفل على النوم في اثناء هذا اللغظ وان يلف بحفنة
 في لفائفه وان تكون درجة حرارة الاوضة التي فيها سريره متوسطة لا حارة
 ولا باردة وان يسكن اضطرابه اذا كان سببه التعب او الالم بصوت آلة لطيفة
 من آلات الموسيقى مثلا وعلى الخصوص بالغناء فانه واسطة سهلة طبيعية
 صارت الآن عامة عند جميع الناس
 ثم بعد ان ذكرنا الشرح العام لصباح المولودين نذكر تنوعاته في الهيئة والنغمة
 والمدة على حسب تنوع الامراض المصيبة للطفل ونودع جميع ذلك في البحث
 الثالث الآتي على الاثر

البحث الثالث

في انواع صباح المولودين

قد يحصل في صباح المولودين تنوع في الهيئة والنعمة والمدة فالتنغير في الهيئة
اصناف الاول ان يكون غير تام او غير كامل الثاني ان يكون شافا الثالث
ان يكون اختناقيا والتنغير في النعمة اصناف الاول ان يكون جادا او ناقبا
الثاني ان يكون ثقيلا او رنانيا الثالث ان يكون محجوبا او مستورا الرابع
ان يكون معزيا او التنغير في المدة اصناف الاول ان يكون قصيرا او متواترا الثاني
ان يكون متقطعاً او شهيقيا وليكن شرح ذلك في مطلبين

المطلب الاول

في تنوع الصباح بحسب الهيئة

الصباح الغير التام هو ان لا يسمع من الصباح الاجز منه فقد يعدم الترجيع
بالكلية احيانا ويتسلطن الصباح وحيانا اخر لا يسمع الصباح ويكون
المتسلطن هو الترجيع وحده والحالة الاولى تحصل اذا كانت الرئتان سليمتين
ليس فيهما سد اى تلبك بل يتخذ فيهما الهواء بسهولة وانما الطفل لا ينشر
في صباحه جميع الفعل القوى العضلي الذي يقدر ان يفعله مدة ادخال الهواء
بحيث يتخذ الهواء من الزمار بدون لفظ ولا ينتج لفظا لا ينفذه منه ثانيا
عند خروجه من الرئتين وهذا اللفظ يقل الاهتمام به ويشاهد عادة في الاطفال
الغير المرضى الذين يولدون صغارا ضعافا جدا

اما اذا كان الصباح اختناقيا فلا يكون الحال كذلك وانما يسمع الترجيع
وحده وذلك علامة أكيدة تقريبا للتلبك او التهاب رئوى قال بليار ومن
حيث اني لا اذكر ههنا الا ما كان مؤسسا على امور واقعية التزمت
ان اذكر مختصر التجريبات التي وصلتني الى اعتبار كون ما ذكرته ثابتا
قريبا لليقين

فقد شاهدت عشرين طفلا كان الترجيع متسلطنا عندهم والصباح اختناقيا
فمنهم ستة ولدوا قبل تمام الاشهر اعني من خمسة اشهر الى سبعة من وقت المولود
ثلاثة منهم ماتوا على اللب وللنشر في اليوم الاول والثاني والثالث بعد الولادة
وكان الظاهر ان الهواء لم يتخذ في رئتهم لانها وضعت في اثناء مملوء ماء فانه مست

حالا في عمقه بكتلتها وكذلك بعد تقطيعها قطعاً وفي ثلاثة اطفال اخر ولدوا قبل تمام الاشهر ايضا دخل الهواء في جزء من النسيج الرئوي لكن كان جزء عظيم من هذا النسيج معتما غير مفرقع محتقنا بالدم والاربعة عشر الباقون من العدد كانت رئتهم في حالة احتقان وتكبد عظيم الامتداد وكان ذلك حاملا على ظني ان الهواء ما وصل اليها الا بعسر شديد

فاذن يمكننا ان نستخرج نتيجة اولى من البحث في صياح المولود وهو انه في الاحوال التي لا يسمع فيها الا الترجيع وحده يقرب للعقل ان الهواء لا يدخل في الرئتين او ما دخل فيهما قط او دخل فيهما سيرا وهذه العلامة اذا ضمت للعلامات المأخوذة من القرع والاسماع اتضح بها تشخيص امراض الرئتين فاذا نودي الطبيب لبيكم في مجلس الحكم على قابلية طفل العموية والمعيشة لزم ان يستفهم عن طبيعة الصياح الذي كان يندفع من هذا الطفل لان الطفل الذي لم يتنفس قد يصبح جيد لكن صياحه يكون بكيفية مخصوصة ينبغي ذكرها مع غاية الانتباه ويمكن ان يحترز بهذه الكيفية من المشاجرات والمعارضات التي تحصل كل يوم في مجالس الحكم بالبلاد الغربية بين الاطباء الذين يثبتون من البحث الرئوي ان الطفل لم يتنفس وبين شهود الاقارب والقوابل للذين يجزمون بانهم شاهدوه يفتح فاه ويتنفس ويصيح

والصياح الشاق تسهل معرفته بالفعل الغنيف الذي يفعله الطفل ليصيح وبهيئة محسنة الدالة على التألم والتعسر الذي يظهر انه يكابده في دفع الهواء من الرئتين وبانتهاء الصياح غالبا بهتزاز ارتعاشي قليل الثبات ضعيف وهذا الصياح قد لا يكون سببه آفة في اعضاء التنفس قال المؤلف في ستة اطفال كان معهم مدة حياتهم تعسر عظيم في الصياح مع ان جزءا كانا يسمعان فيهم فلما ماتوا وجد اثنان منهم مصابين بالتهاب بلوراوى رئوى مع انصباب في تجويف البلوراوى واحد معه لبن المعدة لينها لامينيا وارباع معه التهاب مخي وخامس التهاب بر يتوفى حاد وسادس التهاب تاموري واضح فالظاهر ان الصياح اكتسب هيئة الالم الذي يحس به الطفل فالصياح الشاق الذي

لا يدركه المشاهد جيداً الاعلى سرير المريض ولا يتيسر شرحه هنا يقرب للعقل
ان اقل ما فيه ماعدا كونه نتيجة لازمة لآء من الدا آت ان يكون علامة
لوجود مرض ثقيل في بعض اجزاء الجسم

والصباح الاختناق يعرف معناه من لفظه فلا يسمع فيه لفظ امـ الا وانما
الحركات المتواليه من الشهيق والزفير يحصل منها لفظ ما فغنى مزدوج ممزوج
بجس رفيع تختلف حدته ويسمع متقطعا الى مع قترات والاسباب التي يحصل
منها اختناق الصباح كثيرة ففي ثمانية عشر طفلا كان صياحهم اختناقيا
شاهدت ثلاثة عشر منهم نفسوا وصاحوا جيدا ورأت معهم التهايا رثويا
شديدا وكانوا قدوا الصباح في الايام الاخر من حياتهم فشوهدت الرئتان
في الرمة متكبدتين جدا والحجرة والشعب ملتبة والاوعية الغليظة والقلب
والمنح محتقنة بالدم جدا وفي طفلين شوهدت الحجرة وحدها ملتبة جدا
واما الرئتان فكان فيهما بعض قرقة والثلاثة الباقية ولا واضعافا وكان
تنفسهم رديسا ولم يسمع لهم صياح اصلا ففي اثنين منهم وجد في اعضاء تنفسهما
مثل الاحتقان الدموي السابق واما الثالث فقويت حياته بوضع علقه تحت
كل ابط فاخذ في الصباح شيا فشيا وفي النوب بعض ايام ثم مات فلم يوجد في رتمه
الا احتقان دموي في الحافة العليا الكل رمة

وكثيرا ما يتفق ان يولد الطفل ويكون صياحه اختناقيا وانما يأخذ صياحه
في الظهور كلما صار التنفس اطلق واوسع وقد يصير التنفس اختناقيا ايضا
في النزاع الذي يعرف في نهاية مرض يقع المريض من تقدماته في نهوك عظيمة
فاذا شوهد ذلك مع الوجه الايوقراطو كان ذلك علامة يقينية على موت قريب
فهو انذار ردي من فنتج من ذلك كله ان الصباح الاختناقى يكون كالصباح
الغير التام علامة مظنونة للتلبك والالتهاب في الرئين وربما كان علامة
لالتهاب المزمار والشعب الرئوية

المطب الثاني

في تنوع الصباح باعتبار نغمته

ينبغي هنا زيادة الاعتناء والانتباه في المشاهدة حتى يميز هل تغير النغمة حاصل في الترجيع او في الصياح الحقيقي فاما الصياح الحاد فينتج في العادة من الترجيع الذي يصير متسلطنا واغظيا وربما يتحقق وجود هذا الصياح بالبحث في طفل صار عرضة لآلام ذبحة قوية او اختناق قريب الوقوع ناشئ من وجود جسم غريب في الخنجره او ذبحة غنغرينية او التهاب خنجرى مع تكون غشاء كاذب اعنى بذلك الداء المسمى في عرف عامة بعض البلاد الغربية بالكروب وهذا اللفظ الذى شبهه جميع المؤلفين بصياح الديك الصغير ويسمع من الاطفال في الذبحة الكروية انما هو ترجيع صار في هذه الحالة لغظيا وحادا بقله او بكثرة في هذين الوصفين ومتقطعا ارتعاشيا بسبب الحركات التنفسية التي تصير الخنجره مجلسا للمهامة سير هذا الداء المهلك ولقد استشعر بذلك الطبيب يورين سابقا حيث ذكر ان صوت المصاب بالكروب يسمع مدة اخذ النفس والغالب ان الترجيع في صياح الاطفال يصير حادا اذا صارت اللوزتان لواء الخنجره مجلسا لتجيم ما فاذا صاحت الاطفال كثيرا وبموجب ذلك حصل في اعضاء الصوت تجيم كبير لم يلبث الترجيع قليلا حتى يصير حادا جدا واما الصياح الحقيقي فينقطع سماعه ويشاهد مثل هذه الظاهرة اذا امتد التهاب الغشاء المخاطى القمى الى اللوزتين والخنجره قال بليار ولقد فتحت رمة ثلاثة اطفال غير مصابين بالكروب وكان الترجيع في حياتهم حادا متقطعا شبيها بصياح الديك الصغير فكان في اثنين منهم ذبحة شديدة وامتد الالتهاب الى القصبة الرئوية وفي الاخير كانت اللوزتان مغشأتين بطبقة سميكه من القلاع وكان معه مثل ذلك في حوافى المزمار واما قصبة الرئة فكانت سليمة كالرئة نفسها

وقد يكون جزء الصياح حادين جدا كأن فيهما تمزقا بدون ان تكون هنالك آفة مخصوصة في اعضاء الصوت والطبيب موفوار ذكر سابقا النغمة المخصوصة لصياح الاطفال المصابين بالاستسقاء النخى الحاد واطن انه سماع بالصياح الاستسقاءى النخى ويقرب للعقل ان هذا ناشئ من الالم الشديد الذى

يتجدد له الطفل الذي مخه متدد ومتزق بتراكم المادة اصلية الآخذة
في الزيادة دأتما في بطينات المخ

فنظن انه لا بأس بان نجعل من القواعد ان ما يسمى عادة بالصياح الحاد يكون
غالبا ناشئا من الترجيع الذي تغيرت نعمته والاولى جعل هذا التغير مخصوص
علامة لذبحه حنجرية او حنجرية قصبية لالتهاب الرئتين

واما الصياح الثقيل او الرنان فلا يؤخذ منه كبير شيء في العلامات وقد اتفق مرة
اني شاهدت طفلا كان عظيم الاعتبار بصياحه الابع الرنان وكان مصابا
بالتهاب معوى خفيف وشفي بسمولة فبالجملة قد تشاهد هذه النغمة المخصوصة
بهذا الصياح بدون ان يعلم السبب الذي احدها

واما الصياح المحجوب او المستور فيشاهد غالباً في الآفات النزلية فهو يسمع
مع سماع الخرخرة المخاطية او القرعية ولعل المواد المخاطية السميكة السادة
لفروع الشعب تمنع الهواء عن ان يمر باطلاق في القنوات التي يلزم ان يمر منها
ليصعد للمزمار فلا تمر من ذلك كمية عظيمة كافية بحيث اذا انقذت من فتحة
الخنجرية ينتج منها صوت نقي طنان واصابة هذا التغير للصياح اكثر من اصابته
لترجيع فان الغالب ان هذا الاخير يحفظ عادة نعمته الطبيعية وان جاز العكس
فمن اثني عشر مولودا كان صياحهم محجوبا اربعة كانت الشعب فيهم مملوءة
بمادة مخاطية وآخران كان معهما ذبحة شديدة فاذن يكون الصياح
المحجوب علامة لآفة في الشعب او في الخنجرية ويشاهد ايضا في الالتهابات
البسيطة في هذه الاجزاء او التي حصل منها فيها اغشية كاذبة ومن المعلوم لنا
ان الاطفال الذين نجاهم الله بعد الاصابة بمثل الآفات السابقة التي فيها تكونت
الاغشية الكاذبة يبقى معهم مدة طويلة تغير مخصوص في نغمة صياحهم
واصواتهم

وهنا النوع مخصوص من الصياح قال بليار لم اشاهده الا ثلاث مرات وهو
بسبب نعمته المشابهة لمعمة الغزو كيفية اضطرابه وارتعاشه يستحق على رأيي
ان يسمى بالصياح المعزى وفي هذا يسمع الترجيع اكثر من الصياح وكل منهما

ان يبحث عن جميع التغيرات التي تعرض له وقد اخترع هذه العلامات التي
تؤخذ من السحنة الطيب الماهر يدلون زيادة في اتساع مجت العلامات
في الاطفال وجعلها واسطة جديدة للبحث فيهم ولا يصح ان يقال ان هذا
البيان لم يحصل منه نفع في العلم لانه انضح به بعض شئ من تشخيص امراض
الاطفال التي هي عمرة خفية دائماً ما ذكره هذا الطبيب هو
ما نقله عنه بعض تلامذته حيث قال ان في مدة الاشهر الاول من الحياة
لا يكون وجه الطفل الا كتلة عديمة الشكل لا يميز فيها تخطيط ثابت ومع ذلك
فالامراض الحادة تطبع فيها بعض تنوعات محسوسة وتلك التغيرات تكون
اوضح في الامراض المزمنة انتهى كلامه ثم زاد من نقل عنه ذلك بانه لا يمكن
ان تؤخذ بعض من العلامات السحنة الامن مدة التسنين الاول الى
البلوغ انتهى والطبيب يدلون المذكور لم بين بيانه الجديد على دراسة
امراض الاطفال الرضع فيكون الموضوع هنا انما هو خلل يحتاج لسده
ومن حيث اننا نرى ان وجه المولود لا يوجد فيه تخطيط ثابت ينبغي ان نبحث
في ان نبين التغيرات التي تعرض فيه والدلالات التي تؤخذ منها فنقول

وجه الطفل في حالة سكونه وصحته لا يوجد فيه عضون والتنوت العظمية
تكون غير ظاهرة ولقد ان يكونان يارزين مستديرين فالسحنة حينئذ
لا يؤخذ منها شئ لكن متى عرض للطفل الم اولذة حصلت في سخته تغيرات
عظمية الاعتبار قال الم هو الاحساس الوحيد الذي قد يجده الطفل اقله في الشهر
الاول والراحة التي يجد نفسه فيها عند الممارسة المنتظمة لوظائفه هي غيبوبة
ذلك الم لا حصول اللذة كما ندر لنفخ ذلك ونحس به وقد عرفنا ان الطفل مدة
صياحه يحصل له بعض عضون في اصل الانف والزاوية الوحشية للعينين
ويفتح فيه نصف افتتاح واغلب عضلات وجهه تكون في حالة تعاقب انقباض
وانبساط وذلك هو الذي يشاهد فيه عند ولادته والهيئة المخصوصة السحنة
التي ذكرنا سابقا انها تحصل من الحركات العنيفة التي يستدعيها التنفس العسر
للطفل هي بالنظر لنا اول دلالة ينبغي التمسك بها مع غاية الاتباه لان بها تتوصل

الى

الى ما هو ابعد عن ذلك فخلال تقطع الآن النظر عن الصياح الذي يصحب في العادة حركة السحنة ونسبه هذه الغضون المختلفة للوجه بالغضون التي تشاهد في البالغ المصاب بالآلام شديدة فيشاهد ان الشفة العليا تتكرمش وترفع بعض ارتفاع وترسم غضون عمودية واقفية على اصل الانف وتمتد للجهة وتقرب الاجفان لبعضها وتظهر ايضا غضون كثيرة في الزاوية الوحشية للعين او ترسم باستدارة في الجلد على اتجاء العضلة الجفنية فهذه هي التخطيط التي يتحمل الرسامون على وضعها اذا ارادوا ان يصوروا حالة التألم في الوجه وهي التي نشاهدها في الطفل الذي يصيح وهي ايضا التخطيط التي تذلل على الوجه المتألم في المولودين واذا ضم لذلك الاحوال التي يوضحها الطبيب حكومته يتسرننا معرفة التألم حتى في الاطفال الصغار جدا قال المؤلف وقد يتسرن لي تحقيق ما قلته بالبحث في الاطفال الذين يصيحون بسبب وخز حصل لهم او بسبب لدع حرارة ما شربوه من المشروبات التي فيها بعض سخونة تؤلمهم

ويسهل ان يوضح كيف يكون الواصف لهيئة الالم هو الانقباضات العضلية التي ينسب عن مثلها وازار التنفس وتعبه وذلك لان الاحساسات المؤلمة تؤثر دائماً تأثيراً شديداً على اعضاء الدورة والتنفس فيقتد جميع الآثار العصبية التي شرحها بيل يحصل فيها بواسطة التشعع تنبه فجائي ينتج منه مجموع الانقباضات الصدرية والوجهية المشاهدة في الاطفال عند صياح الالم واما اللذة الزائدة كالفرح مثلاً فتؤثر ايضا في اعضاء الدورة الا انها تمنع حركتها بدل ان تحرضها ومن المعلوم ان افراط الفرح ينتج الغشى اكثر من انتاج الالم له ومن المعلوم ايضا ان صبر الانسان في عملية ثقيلة لا يفي عادة مادام افراط الالم ولا يسقط المريض في الغشى عادة الا اذا لم يحس بالحد القاطع للآلة فالصياح والشهيق والاختناق التي تعرض للاشخاص المصابين بالحزن تدل ايضا على وجود ارتباط بين الاحساس بالالم والاضطراب التنفسي لعضلات الصدر والوجه فاذن اتضح لك كيف تكون انقباضات الوجه مدة الصياح

مثل الانقباضات التي يقوم منها الالم
 وبهذا المهم الاول الذي ذكرناه يمكن ان نجعل موضوع الشبه هو الوجه المتالم
 المذكور ونعتبر تنوع السحنة التي لها نسبة بتلك الهيئة علامة للالم ففي
 الالم الاصم المسبب عن مرض مزمن او الحاصل في حالة الضعف العام
 او التعب او عسر الهضم نشاهد في الطفل الذي في المهد التخاطيط المذكورة
 واضحة بكثرة او بقلة بحيث قد تكاد احيانا ان لا تشاهد فتعطي لوجه الطفل
 منظرا مخصوصا لا ينجي على المشاهد المعين نظره ويستشعر به بالحس اكثر
 من ان يشرح بالعبارة قال بليار واذا اردت التعبير عنه بطريق المجاز قلت
 انه كهينة محاسب يستر وجهه الطفل ويظلمه وقد تكون هذه التخاطيط زائدة
 الوضوح في بعض الاحوال فترسم بحيث لا يمكن انكارها وبشاهد ظهورها
 غالباً عند قيام الطفل من النوم فتكون سحنته كسحنة المتألم وتبقى تلك الهيئة
 كذلك بعض دقائق قبل ان يصبح ولا تزال ايضا باقية مع الصباح بل وبعده
 يسيرا ما في الاكام المستدامة من الآفات البطنية المزمنة فتبقى تلك التخاطيط
 دائمة وان كانت تختلف في الادراك والتنوع ولذا اضيف الى ذلك هبوط الطفل
 وضعفه بحيث صار منتقع اللون ذابلا حصلت الصورة الاصلية للوجه المتألم
 اى السحنة المتألمة وحينئذ فيصح ان يقال ان الوجه هو الحامل لخاتم التألم
 اى الدال عليه ومثل ذلك يشاهد في حالة الاسهقاء الخبي الحاد والالتهاب
 الحاصل او الغشائي في الطرق الهوائية فقد عرفنا حينئذ هيئة الالم
 في الاطفال وذلك اول قدم وضع في دراسة تشخيص امراضهم وسيأتى لنا
 في دراسة هذه الامراض على الخصوص كيفية تنوع تلك الهيئة
 من تأثير تغيرات الاعضاء وتنزل عليها حسب الامكان البيان التعليمي
 للطبيب يدلول

وقد يظنهم من وجه الطفل الراحة والفرح ومن النادر مشاهدة تبسمه قبل ثلاثة
 اسابيع وقد شاهدت كثيرا منهم في هذا السن ابتداء فيه اول التبسم بواسطة
 للملاعبة لاجل ذلك واما الضحك الحقيقي فلا يبتدأ مع الطفل غالبا الا بعد شهر

تقريرا

تقريباً والهيئة الذي يتخذها وجهه حيث أنه معروفه جيد الاحاجة لشرحها
وجميع الفسيولوجيين تكلموا على الافتتاح الكلى لتخاطيط الوجه حيث
تكون هي هيئة السرور والفرح وفرقوا بين هذه الحالة والانقباض الكلى
لهذه التخاطيط في الام فقد قال كيبانيس ان الحيوان في الام يتقبض على
نفسه بحيث يقلل سطح جسمه حسبما امكن واما في اللذة فيظهر كأنه يسطر بدنه
من جميع جهاته ليقبل هذه اللذة في اجزاء واسعة من جسمه

وكما تقدم الطفل في السن اخذت هيئة الفرح فيه في الظهور ولانه يكون
في الابتداء الاجرد حركة قليلة في الشفتين تزيد فيما بعد ثم يعجبها قهقهة
في الصوت متكررة ومعرفة هذه الهيئة للسحنة قليلة النفع لنا ويقل احتياجنا
لدراسة تنوعاتها لان مطلوبنا مقصور على التفتيش على العلامات الظاهرة
التي يمكن ان تكشف بها ينوع وطبيعة الامراض التي يصاب بها شخص
في سن بعين معرقها فيه وتوضيح تألم منها

ونقول بالاختصار ان سحنة الطفل قد يتضح منها اولاً الام فيوجد فيها
الانقباضات المختلفة الوضوح المائلة للانقباضات التي تصاحب الصباح
وثانياً الراحة فلا يظهر حيث نشئ من الانقباضات وانما يظهر ان التخاطيط
تتدد وتفتح وتتسع وقد يوجد في سحنة الاطفال غير ذلك فتشاهد هيئة
مخصوصة على حسب كون المصاب هي الاعضاء الخفية او الصدرية او البطنية
وهذا امر يحتاج في اثباته الى مشاهدات كثيرة ولذلك لا نبين ما يؤخذ من هيئة
السحنة في هذه الامراض المختلفة الا عند دراستها وكما نبعث هنالك عن انقباض
تخاطيط الوجه نبعث ايضاً عن تنوعات اللون لانه لا ينبغي اهمالها ايضاً
في دراسة امراض الاطفال

الباب السابع

في حالة نبض الاطفال

قال المؤلف اتفق المؤلفون على ان نبض الاطفال اسرع من نبض البالغين
والظاهر ان هذا صحيح بالنسبة للغالب فلا يصح اخذ هذه القضية مسجلة على

وجه الاطلاق لان لها استثناء فاني كثيرا ما تعجبت من بطئ نبض بعض
الاطفال بحيث كان كنبض بعض الشيوخ الذين تغيرت فيهم حركة الجهاز
الدوري او ابطأت بسبب حدوث بعض آفات عضوية فيهم

ولما كان من المهم تحصيل قواعد ثابتة في حالة نبض الاطفال لكون هذه
العلامة تنفعنا لتشخيص امراضهم بذلك غاية الاجتهاد في البحث عن ذلك
سابقا واستدعي الحال ان اذكر هنا نتائج ذلك ولذا كرك قبل ذلك انه يعسر جدا
ان تعد بالضبط ضربات النبض في المولودين جديدا لان الاندفاعات تتسلسل
احيانا وتتواتر مع سرعة عظيمة بحيث لا تعد واحدة لا وقد وجد منها اثنتان
وتقول من جهة اخرى كثيرا ما يتفق ان تحقق بعض الضربات بحيث لا تدرك
تحت الاصبع وتفر من اتباه المشاهد وليس بنادر ان يحس باهتزاز الشريان
مرتين تحت الاصبع كما يحصل ذلك في النبض المزدوج للبالغين اي حيث
لا يحس بانقباض بين الانبساطين فيمكن ان يعد المشاهد دفعتين بدفعة واحدة
واذا انضم لذلك عسر وجد ان الشريان في ذراع سمين مشحوم مررب وزيادة
التعسر في مسك قبضة اليد ثابتة مدة طويلة علم تعسر عد نبضات الطفل
ولومع غاية الاتباه وهاهي ما يلزم للوصول لذلك

وذلك انه ينبغي حسب الامكان التعرّض من مسك يد الطفل بيد واحدة وتثبيتها
لانه يفعل حينئذ حركات مستدامة ليتخلص من الاصابع الضاغطة عليه وانما
الاحسن ان تترك اذرعته خالصة وتوضع مع اللطف بطن اخملة السبابة على مسير
الشريان الكعبري وانما يوصل لذلك بعد بعض لمسات فاذا كان الضغط عليه
عنيفا جاز ان يتسطح فلا تدرك دفعاته ثم اذا استشعر ببعض ضربات خفف
ضغط الاصبع تدريجا لئلا ياتي الشريان التمدد مع غاية الاطلاق فوضع السبابة
فقط في الاطفال اسهل لوجدان الشريان من وضع الاصابع الثلاثة المأمور بها
لجس نبض الكبار والبالغين ويصح ايضا وضع الاصبع على الشريان
الصدغي فاذا كانت ضربات الشريان سريعة جدا او خفية او عسرة الضبط
صح ان تعد حركات القلب بواسطة السماع او اليد وذلك هو ما يضطر اليه كثيرا

وهذه الوصايا المذكورة للبحث عن نبض المولودين يظهر انها نافعة لبعض
الاشخاص الا ان الاستسعار بالاهتمام بها يكون اعظم للاطباء الذين
يعرفون قدر التعسر الذي يكابدونه في اجتناء العلامات المأخوذة من نبض
هؤلاء الاطفال الصغار وما وصلنا للقواعد الآتية الابعة المساعدة هذه
الاحتراسات

قال بليار في احد واربعين طفلا عمرهم من يوم الى عشرة ايام وكانوا بحسب
الظاهر عمتين بصحة جيدة قد وجدت النبض في ثمانية عشر منهم يضرب اقل
من ثمانين ضربة في الدقيقة ووجدته في اثنين يضرب ستا وثمانين وفي واحد
تسعا وثمانين وفي اربع منهم مائة وفي عشرة من مائة وعشرة الى مائة وخمس
وعشرين وفي واحد مائة وثلاثين وفي اثنين مائة وخمسا واربعين وفي اثنين مائة
وخمسين وفي واحد مائة وثمانين فيؤخذ من ذلك ان كثير من الاطفال يكون
عدد ضربات النبض فيهم تقريبا كما يكون في الكبار البالغين ومنهم من تجاوز
نبضاته في العدد غيره من المتقدمين في السن مع كوني اجزم بان هؤلاء الاطفال
لم يكن فيهم علامة من علامات الامراض اصلا

وفي خمسة وثلاثين طفلا عمرهم من يوم الى شهرين وجدت منهم اربعة عشر
نبضهم من ثمانين الى خمس وثمانين ضربة وواحد من ستين الى اثنين وستين
واثنين منهم تسعين واثنين آخرين اربعين وتسعين الى خمس وتسعين وخمسة من
مائة وعشر الى مائة وثنتي عشرة واثنين مائة واربع عشرة وسبعة مائة وخمسا
وعشرين الى مائة وثلاثين وثلاثة مائة واربعين ومائة وسبعة واربعين الى مائة
وخمسين فترى هنا ايضا بعضا من الاطفال يشبه نبضهم في العدد نبض
البالغين بخلاف ما نستنتج من البحث الآتي وذلك ان في ثمانية عشر طفلا
عمرهم من شهرين الى ثلاثة شهور اربعة عشر يضرب نبضهم اكثر من تسعين
بل منهم اثنان يجاوزان المائة وشاهدت في اثنين سبعين فقط وفي الاثنين الباقيين
من سبعين الى ثمانين وقد اتفق انه لم يتيسر لي عد النبضات في بعض من الاطفال
الذين عمرهم اكثر من سنة فداثما اجد نبضهم اكثر تواترا من نبض البالغين

فعلى حسب ما تقدم يظهر انه كثيرا ما يتفق ان نبض الطفل المولود لا يكون اكثر من نبض البالغ الا انه يكسب قوًا كلما تقدم الطفل في السن فنتج من ذلك ان من الغلط ان يقال بوجه عام مطرد ان نبض الاطفال اكثر قوًا من نبض البالغين لما علمت ان ذلك قد يختلف

ولنبض الاطفال صفة اخرى غير التواتر فانه كثيرا ما يرى غير منتظم وكأنه ارتعاشي ولا شك ان ذلك ناشئ من التغيرات الفجائية التي تحصل في الجهاز الدوري زمن الولادة ومن الانحرام اى عدم الانتظام في الانفعال التي تمارسها الاعضاء في ابتداء مباشرة ونطاقها وكثيرا ما يكون صغيرا خيطيا يسهل انخفاضه وقد شاهدت انه ليس دائما موافقا بالكلية لضربات القلب اوافله ان ذلك اى عدم موافقته لها ممكن اذا وضعت يد على القلب والاخرى على شريان الذراع فيحس احيا تايان حركات القلب ليس له طنين في الشريان الكعبرى ولا تسمع الا يبطى وربما كان ذلك ناشئا من سهولة انخفاض الشريان بضغط الاصبع عليه او منع ملاسته له

وعندما نشرح الامراض على الخصوص نذكر التنوعات التي يكابدها نبض الاطفال لكن على حسب ما سبق لك ينبغي ان لا يذهب من ذهنك مقدار التعسر في ضبط هذه التنوعات حتى تستخرج منها بعض نتائج نافعة لمعرفة العلامات ومن السعدان الاطباء الا ان قل اهتمامهم بالتقسيم الفرضية التي ظن الطبيب بوردو لزومها في دراسة النبض وانما يوجهون انتباههم نحو الاعراض والعلامات المخصوصة بكشف مجلس وطبيعة التغيرات التي تتولد في اعضائنا ويخشى منها على حياتنا

الباب الثامن

في ضعف المولود

قد يولد الطفل في حالة متوسطة بين الصحة والمرض وسواء تلك الحالة تضعف المولود وهذه التسمية مستعملة كثيرا مع انها مبهمه وليس دائما هذا الضعف الظاهري نتيجة نمو غير تام الجنين كما يشاهد ذلك في بعض المستوطنين وانما

قديكون من تغير يختلف عمقه في عضو رئيس الحياة ويحصل ذلك التغير
 للطفل مدة اقامته في الرحم وسنين لك في مسير هذا الكتاب حقيقة هذا الزعم
 ونجتهد في ان نعين هنا المعنى المراد بقولهم ضعف المولود
 فاذا لم نعتبر الا الحالة الظاهرة للطفل اعتبرنا ان الضعيف من الاطفال هو من
 يولد دقيق الاطراف والجذع عسر التنفس يكاد صياحه ان لا يسمع ولا يستقر
 في جوفه المشروبات او اللبن الذي يتعاطاه وكأنه في حالة استعداد
 للموت لكن اذا نظرنا لينبوع هذه الحالة العامة التي في الجسم نرى ان اسبابها
 مختلفة جدا فيمكن ان تنسب لآفات مختلفة الاجناس قال بليار ولا حاجة
 لان نذكر لك هنا بالتفصيل شرح جميع الاحوال التي وجدنا فيها آفات يختلف
 ثقلها مع مثل هؤلاء الاطفال الذين كانوا بالصفة التي ذكرناها وانما نقول
 بالاختصار قد اودعنا شرح كل من هذه الامراض الخلقية لنذكره في المحل
 المناسب له من هذا الكتاب وانما نذكر هنا انه ينبغي ان يميز ضعف المولود
 عن الاحتمالات الرئوية او الخفية التي تحصل غالبا في الاطفال من اعمال
 الولادة لان هذه العوارض اذ ذلك تقرب لان تكون حديثة ويمكن ان يوجد
 في الطفل المصاب بها غير السبات والغشى جميع صفات القوة والصحة وعكس
 ذلك في الاطفال الضعيفة المخيفة الذين اطرافهم هزيلة وجوهم مخططة
 بغضون واعينهم غائرة في الجحاج ومنظرهم العام مفزع مفرح احيانا للناس
 الذين يسرعون التهويل فيما يرونه خارجا عن الهيئة الاعتيادية لتولدات
 الطبيعة بحيث ظنوا انهم شاهدوا اطفالا ولدوا مرضوضة عظامهم
 او مسلوخة جلودهم
 وقد وجدت في ثمانية عشر طفلا ولدا بعد تمام الاشهر في حالة ضعف وفحول
 واضح التهابا شديدا جدا في الجهاز المعدي المعوي وفي ستة التهابا رئويا جيد
 المعرفة وفي اثنين التهابا رئويا عرِف بالالتصاقات القديمة المتينة وبانصباب
 سائل مضفر في البطن وفي واحد التهابا بلوريا من منا وسنذكر هذه
 الامور الواقعية في المواضع التي تستدعيها

ومع ذلك لا ينبغي ان يظن ان جميع الاطفال الذين يولدون مع تغيرات عميقة في بعض اعضائهم يوجد فيهم الخول والضعف العام الذي ذكرناه لانه سيأتي لنا قريباً العكس ولنقدم لك انه كثيراً ما يوجد فساد عميق في الجهاز الخفي الفقري ومع ذلك لم تتغير هيئة الطفل ولا نضارته بل الآثار الاعيادية للصحة والنمو الطبيعي متوفرة فيه وقد تولد ايضاً اطفال يحكم بشدة قوتهم بالنظر لسنهم وحسن تكون اطرافهم ومع ذلك يموتون بعد ولادتهم ببعض ساعات او ببعض ايام واذا فُتحت جثثهم يوجد فيها احتقان دموي في الاعضاء الرئيسة كالمخ والرئة والقناة المعوية مع انصباب دم تختلف كثرته في باطن التجاويف المحتوية على هذه الاعضاء

وتقول من جهة اخرى جميع الاطفال الذين يولدون ضعافاً مهزولين قد لا يكونون مصابين بأفات ثقيلة بل قد لا توجد فيهم اذنى آفة اصلاً وشاهد ذلك مشاهدة المؤلف وهي ان طفلاً انثى حمل بعد ولادته حالاً الى بيت الاطفال الملتقطين فكان طوله ثلاثة عشر قيراطاً ونصف قيراط وكانت اطرافه السفلى دقيقة صغيرة جداً ووجهه مكرشاً محجراً وجلده متلون بالحمرة وحركاته قليلة الوضوح وصياحه وان كان تاماً الا انه يعسر سماعه وحرارة جلده طبيعية وشرب هذا الطفل بدون ان يتقيأ ما شربه الا انه رفض اخذ حلمة الثدي ثم في المساء خرج منه مقدار كبير من العقي وبقي في الايام التالية على الحالة التي ذكرناها ثم مات بعد ان تم له خمسة ايام ولم يكن فيه شيء من العلامات سوى الضعف الزائد ولما فُتحت جثثه بعد اربع وعشرين ساعة وجد الفم سليماً والمرق محتقناً كبقية الجزء الاسفل عن الجنب المحاذر من القناة الهضمية التي كان باطنها مغشى بمادة مخاطية سميككة ووجدت الكبد هابطة على نفسها قليلة التغير والفساد والرئتان مقرقتين ماعد احاطتهما الخلقية فانها كانت محتقنة ووجد كل من القناة الشريانية وثقب بونال مفتوحاً فمحة واسعة ولب المخ مسترخياً قليلاً ومغراً وبطنها الجانبيان محتويين على بعض مصل محمر والمنسوج الخلوى تحت جلد الاطراف مرثشها بمصل اصفر صاف

فمن الواضح ان موت هذا الطفل كان مسببا عن حالة الضعف العام التي ولد فيها وان احتقان القناة المعوية وانصباب المصل في بطون المخ وترشح الاطراف كل ذلك على رأي نائني من حالة الضعف والجود في الاعضاء الرئيسة وسيافا علات الدورة وسيأتى لنا ايضا امر واقعي مشابه لذلك غير انه ينبغي الاتفاق على ندرة وجود هذه الحالة بدون آفة وبدون سبب مرضي آخر غير الضعف العام في المولود وقد تشاهد اطفال يسقطون بعد الولادة في حالة فجول وذبول وسقوط فتكون اعينهم خاملة غير لامعة وتصير اطرافهم باردة وشفاهم منتفخة ووجوههم ذابلة ويمتليهم بمادة مخاطية ولا يكون عندهم قوة لالتقام الثدي وحيانا يحصل لهم قيء من مادة مخضرة وسمى غرديان تلك الحالة بضعف المولودين وسيأتى لنا ان سبب هذا الهبوط التدريجي في الغالب الالتهابات المزمنة في الجهاز الهضمي ويكون من الخطأ استعمال المنبهات والمقويات التي امر بها غرديان في مثل تلك الحالة لتعطيها قوة الطفل وسيأتى لنا في هذا الكتاب ادلة كثيرة تثبت ما قلنا .

واستفيد من هذه التنبيهات التي ذكرناها امور الاول انه اذا ولد طفل في حالة ضعف ونحول وقلة قابلية للعيشة لم يلزم نسبة هذه الحالة لمجرد ضعف في بنو البنية الثاني انه يمكن ان يكون سبب ذلك آفات كثيرة مختلفة الثالث انه يلزم البحث قبل ان يقوى الطفل بالمقويات والمنبهات عن السبب الحقيقي لهذه الضعف الظاهري ويسهل تعاطي هذا البحث لمن درس طبيعة اعراض امراض الاطفال ارضع وسيرها

فاذا تحقق ان هذه الحالة ناشئة من مجرد الضعف لامن حالة التهاب في بعض الاعضاء ينبغي ان يجرع الطفل اللبن ان يوضع في فمه باي طريقة كانت ومثله ايضا بعض امراض خفيفة جدا وجرعات خفيفة مقوية عطرية وبعضهم ذكر انه رأي النفع كثيرا في ذلك السلسلة التطهيرية والخثلة بمرور روزان وسيأتى في الدستور فاذا كان هنالك امساك اعطى شرابا مسمما لامولفا من الشكوريا او من زهر الخوخ بكمية من نصف اوقية الى اوقية في اوقيتين من منقوع ورق

البرتقان ويستعمل منه ملعقة ملاعقة من الملاعق الصغيرة والى هنا انتهى
الجزء الاول من الكتاب الاول

الجزء الثانى

فى شرح الامراض على الخصوص

اعلم ان فى مدة مكابدة الجنين فى الرحم التنوعات المختلفة التى بها ينتقل من طور
الى طور حتى يصل الى حد الحياة داخل الرحم يكون قابلا لتأثير نوعين من
الاسباب يمكن ان يغيرا شكل اعضائه وتركيبها النوع الاول منسوب لعدم كمال
نمو الاحشاء والنوع الثانى يعسر توضيحه لكن تسهل معرفته بواسطة
نتائجه لانه ينشأ عنه فى تركيب الاعضاء تغيرات مشابهة للتغيرات التى تحصل
مدة الحياة وينتج منها امراضنا

فالنوع الاول من الاسباب اتقن دراسته جيدا فى هذه الازمنة الاخيرة مع غاية
الانتباه مشاهير المشرحين ومن اعمالهم واجماهم تقدر الآن على توضيحات
كافية وبيانات شافية لطبيعة التشوهات الخلقية وتكونها واما التغيرات الاخر
فيظهر ان الاطباء لم يمعنوا فيها الى الآن انتباهاتهم امعانا تاما واطن ان
من المهم الاشتغال بمعرفة حقيقتها اذ من اللازم لمن اراد دراسة الاعضاء
المختلفة فى الطفل ان يعرف العيوب الرئيسة لتكون وكذا تغيرات التركيب التى
يكابدها كل عضو مدة الحياة داخل الرحم وذلك هو ما اردنا ذكره هنا ولندكر
ايضا باى العلامات يمكن فى زمن الولادة ان يشخص وجود تغير كذا او كذا من
هذه التغيرات ثم نشرح الامراض التى قد تظهر بعد الولادة وتتم شرح هذه
الامراض بذكر الوسائط العلاجية الاقوى فاعلية لمقاومتها

فنشرح على التوالى آفات الجلد اجمالا ونبقى تفصيلها للكتاب الثانى ثم المنسوج
الخلوى ثم الجهاز الهضمى ثم الجهاز التنفسى والدورى ثم الجهاز اللمفى الشوكى
ثم المجموع الاتقالي والمجموع التناسلى ونقسم كذا ذكرنا التغيرات الخلقية
فى الاعضاء الى نوعين عيوب التكوين وتغيرات التركيب ومما ادناه عيوب
التكوين ولا العيوب التى تنتج من وقوف النمو كأن لا يوجد من العضو الانشاء

ومبدأ

ومبدأ من شكله الاصلى وثانيا العيوب التى تحصل من شبه ضخامة فى العضو
وثالثا العيوب التى تشاهد من مجرد تشوه يعرض فى قطر الاعضاء المختلفة
من الجسم او فى اتصالها ببعضها ومرادنا بتغيرات التركيب التغيرات التى
تنتج من التبدلات التى يحدثها سبب مرضى فى لون العضو وتأليفه بدون
ان يتغير فى الظاهر الشكل العام له ولنبدأ أولا بدراسة امراض الغشاء
الظاهر اى الجلد لانه اول ما يبدوا عين الطبيب وفى هذا الجزء سبعة
عشر بابا

الباب الاول

فى امراض الجلد والمنسوج الخلوى فى الاطفال

فى هذا الباب سبعة فصول

الفصل الاول

فى عيوب التكون والامراض الخلقية فى الجلد

الجنين لم يرزل جلده الى نصف الشهر الثانى غير متميز وانما قرب هذا الزمن على
رأى بعضهم تبدأ البشرة فى الظهور ثم الى نصف الحمل يكون الجلد
رقيقا عديم اللون شفافا ثم يصير ورديا الى الشهر الثامن تقريرا وفى هذا الزمن
يكون منتقع اللون ماعدا اثنياته وامامشاهدة الاجربة الدهنية فتبدأ فى نصف
الحمل اى من اربعة اشهر ونصف فتظهر اولا فى الرأس ثم فى بقية اجزاء الجسم
وفى نهاية السابع يتبدأ ظهور الظلاء الدهنى او الجنى على الجلد وعند الولادة
يكون الجلد مغطى بهذا الظلاء ويكون ابيض ورديا فى الاشخاص البيض
وفى هذا الفصل ثلاثة مباحث

المبحث الاول

فى غيبوبة الجلد من اصله

قد يعدم الجلد فى جزء او اكثر من اجزاء جسم المولود لكن الغالب ان يكون
عدمه مع عدم الجزء المغطى هو له فن ذلك عدم جلد البطن والصدر والرأس
فى الاجنة الذين فقدت منهم الجدران العظمية والعضلية لهذه التجاويف

فاذا قد جره من الجلد صغير او كبير وجدت في العادة حوافي تفرق الاتصال
حجراً فيهما متانة يسيرة ولم تنصقه جدا بالاجزاء التي تحتها وبالاختصار يوجد
في هذه الحوافي المنظر الظاهر لفساد حقيقي

ولقد الجلد سبعان مختلفان لان الجلد اما ان يكون وجدا ولا ثم عرض له فساد
اخذ في التقدم حتى اتلفه كما يشاهد احيانا في عديم المخ وفي الحدية ورياح الافرة
او ان الجلد لا يوجد اصلا لكون الاجزاء التي يلزم ان يغطيها وقف نموها وذلك
هو ما يحصل عادة في فقد الجدران الصدرية او البطنية او الجمجمة ويدرك
تلف جلد الجنين مدة اقامته في الرحم بكيفيتين وذلك لانتسا كثيرا ما ترى
في المولودين اوراما قشرية بدون ان يفسد جلد ها الا ان تقدم الورم لم يلبث قليلا
حتى يرقق هذا الجلد المغطى له ويقرحه ثم يمزقه وما يشاهد بعد الولادة يصبح
ان يشاهد قبلها ايضا ولا شك ان من ذلك تقرح الجلد المغطى لورم الحدية
ورياح الافرة في بعض الاطفال الذين تشاهد فيهم عند الولادة رقعة او فساد
في الجلد المخاذي للاورام التي معهم سواء كانت في العجز او في السلسلة ومن
الواضح ان هذا الفساد نتيجة وجود سائل متراكم في الورم فيمدد جلده ويهيج
ويريد ذلك التهيج على الدوام من الاحتكاك المعرض له هذا الجزء البارز

وكيفية حصول هذا الفساد في جلد الجنين ان هذا الجنين اذا كان مدة الحمل
في حالة تعب من حصره في الرحم لكون هذا العضو محتوى في تجويفه على
بعض تولدات مرضية تغير شكله وتقل سعته جازا ان الجزء الجلدي الملاصق
لهذا الجزء البارز من العضو الرسمى يرق بل ويفسد تركيبه ويوجد مع الطفل
عند الولادة آثار واضحة لانضغاطه المذكور ولفساد تركيب الجلد

قال المؤلف قد وجدت في مولود ساذكر قصته في مبحث فتق المخ فساد جدار
الجمجمة في محاذة عظم الجدار الايسر وابدل ذلك الجلد باثرة منضغطة ملساء
مجرة طولها قيراط ونصف وعرضها اربعة خطوط ووجدت ايضا في عظم
الجدار المنضغط في هذا المحل قجمة مستطيلة طولها قيراط فقط ودأثرتها
منسدية لا بانتظام وحافتها كالمقطوعة بانحراف

وتشوه الجمجمة وانضغاط جزء منها والفساد التام لقروة الرأس وتلف الجدار في محاذة هذا الانضغاط جميع ذلك يحمل على ظن انه يوجد في الرحم الذي حي فيه هذا الجنين جزءا رزكبوليبوس مثلا كان ملاء ساجزءه الجمجمة الذي ذكرناه فالتلف جلده ويمكن ايضا ان يظن انه كان في الحوض تشوه اتعب نمو الرحم ومن الاسف انه لا يمكن ان يحقق شكل هذا العضو في ام الجنين ولا ان يعرف هل حصل للام في مدة الحمل ضربة او سقطت على البطن وعلى كل حال هذه الظنون مؤسستة على امر فيه بعض وضوح بحيث يكون اقل ما فيها انها قريبة للعقل اذ قد صرح بقراط في كتابه في التئاسل ان الام اذا اصابها مدة الحمل ضربة على بطنها حصل للطفل تشوه واقفة في المحل المخاذا لذلك من جسمه والمشاهدة السابقة تقوى رأى هذا الامام الكبير في اطب وله ايضا مقويات كثيرة منها مشال للطبيب لوزاج وهو جنين في جبهته آثار آفة نشأت من ضربة حصلت على بطن امه وهو في رجاها وشاهد شوسينير امورا مشابهة لذلك وذكر جيوفرو جيننا ولد تام الاشهر ووجد معه جرح كان حصل له في الشهر الثالث من حمله بسبب حركات عنيفة فعلتها الام في ذلك الزمن لاجل الاسقاط

وبالجملة قد تتلف سعة من جلد الطفل مدة اقلته في الرحم اما لكونه ظهر على سطح جسمه ورم الزم الجلد المغطى له بان يتدد ثم يرق ثم يتقرح واما لكونه يوجد على الوجه الباطن للرحم جزء يختلف في المشاة والبروز وبلاقيه بقوة وعنق جزء من سطح جسم الطفل وان كان ماء الامنيوس موجودا فهذا انهما السبب في اتلاف جزء من جلد الجنين قال اولفير وهنالسبب آخر قد يحدث التهابا وتقرحا في جلد الجنين قبل ولادته وذلك ان من المعلوم ان عدم مماسة الهواء الجوي للجلديعين في بعض الاحوال على ان تتحول صفاته الى صفات الغشاء المخاطي وذلك هو ما يشاهد في الثنيات العميقة التي يحدثها أثناء الاطراف في الاطفال السمان والانتباضات العضلية وقد ذكر الطبيب هيربار من مدة طويلة حوادث من هذا النوع لاثبات المشابهة التي توجد بين الجلد

والغشاء المخاطي ولا شك ان ماء الامنيوس يؤثر على سطح جسم الجنين
 في الرحم تأثيرا مشابها لفعل الهواء على جسم الطفل بعد الولادة اذا كان
 الوضع الخاص لاطرافه سترجأ منه عن تأثير السائل الامنيوسي الغاصر له
 فالجلد اولايين من ذلك ويمكن ان يلهب ويتقرح والمشاهدة الآتية عظيمة
 الاعتبار في ذلك وذلك انه حمل الى طفل مؤث ولد منذ يومين ومعه الصنف
 النادر من الداء المسمى بالقدم المقلوبة اي ان القدمين متقلبتان على الساقين
 بحيث صار الوجه الظهري لكل منهما مستندا مباشرة على الوجه المقدم
 للساق وكان معه في الجانب الايسر على الكعب الوحشي في النفية النتاجية
 من الالتئام الظهري للرجل على الساق قرحتان في الجلد بمقهما سنجابي
 وحوافهما محجرة جدا ومدعمة ومنظرهما كمنظر حرق جديد في الدرجة الثانية
 واما القدم اليمنى فيوجد في جزئها الانسي وفي جميع سعة سطحها الظهري
 والثلث السفلي للوجه المقدم من الساق المقابل لها خشك ريشة واسعة
 سنجابية مصفرة محاطة بدائرة النهاية محجرة جدا مدعمة اي يرشح منها دم
 وكانت هذه القرحة ك التي في الساق الاخر فمما اعظم مشابهاة بحرق جديد
 ولما رأى الطبيب المولد هذا التغير الغريب في الجلد وقت خروج الطفل وضع
 عليه رفائد مبتلة بماء الخطمية بدون ان يتغير من ذلك منظر هذه الجروح
 ولما عرفنا ان البسط اللطيف يعيد القدمين بسهولة الى وضعهما الطبيعي غير انه
 بسبب الما شديدا اخترت لذلك وضع رباط باسط ليعارض الالتئام المخالف
 للعادة ومع ذلك وضعت على سطح القروح قيروطى جولار واستديمت هذه
 المعالجة مع غاية الانتباه فلم يلبث الحال قليلا حتى حصل الالتئام التام
 للقرحتين وحصل فيما بعد اعتدال القدمين انتهى
 فاذا ولد الطفل ومعه قدشئ من الجلد لزم بسط ما جاوره على المحل المكشوف
 مع وضع رباط قادر على حفظه في ذلك المحل وتغطيته له ويمكن مع ذلك ان يعين
 على التئام هذا الجزء المتقرح كما رأيت وبالجمله علاج ذلك يكون كعلاج
 الجروح الاعتيادية التي فيها زوال جوهر هو الجلد

المبحث الثاني

في الزوائد الجلدية والتولوية ونحوها كالشعر وغيره

قد يحصل في الجلد تشوه بالزيادة وتحصل هذه الزوائد الخلقية غالباً بل دائماً من ثنية او امتداد في جلد بعض اجزاء الجسم وتشاهد في الوجه او الجذع او الاطراف ~~لكن~~ وجودها بالاكثر يكون على الوجه او اليدين او القدمين وتكون احياناً طويلة بحيث تسبب تشوهاً حقيقياً ويصحبها غالباً كما قال مكييل عدم نمو الجاذ في محل آخر قال بليارد شاهدت مولوداً مؤثماً معه في كل خذراً ندة جلدية طولها نصف قيراط تقريباً وغلظها كريشة غراب وكان معه ايضاً ثنيان آخران امام الاذنين وغلظهما كذلك الا انهما اقل بروزاً وصدفة الاذن اليسرى تكاد ان لا تكون موجودة وكان هناك انسداد تام لفتحتها وبالاختصار كان هذا الطفل جيد التكون وممتعاً بصحة جيدة الا ان اقاربہ اخذوه بعد بعض ايام بحيث لم يمكن عندنا بيت المبتطفين الا يسيراً

واظن ان المناسب ازالة هذه الزوائد الجلدية في الايام الاولى من الولادة لان الالتحام الذي ينتج من قطعها يكون اقل ظهوراً بل نغشى ببطي مع طول الزمن وينظم ان واسطة ازالتهما هو الرباط الذي يوضع مباشرة على محل اندغامها ولا ينبغي ان تشبه هذه الزوائد بالاورام الناشئة من نمو الفطر الدموي الذي سنتكلم عليه فيما يأتي

وذكر اولفيرنوعاً آخر لم يتكلم عليه بليارد وينظم انه نادر وهو الزوائد التولوية وكانوا يعتبرون سابقاً اغلب الآفات الجلدية الخلقية زهرية اى ناشئة من الداء المبارك وان لم تكن في الحقيقة ناشئة منه مع ان جميعها انما هو نظير ما يشاهد بعد الولادة بكثرة ولا اعرف الى الآن حادثاً من تلك الزوائد التولوية التي نستولي على جزء عظيم من سطح جسم الجنين الا هذا المثال وذلك اني سنة ١٨٣٥ عيسوية كالغت من وكييل الملك بفتح جنة طفل استخرج من البطن في اليوم السابق وكان المراد معرفة سبب موته فكان على حسب درجة تعفن الجسم يظن ان انتقاعه في الماء كان من مدة ثلاثة اسابيع

تقريباً ونمو هذا الجنين كان كتموجين تام الأشهر ولا حاجة لان اذكر لك
ما في هذا الجنين مما هو خارج عن الموضوع الذي نحن بصدده وانما نقول
انه وجد على جميع الجزء المقدم لصدره وعلى البطن وسبباً جزؤه العلوي عدد كثير
من التآليل لونها ابيض سنجابي وكم كثير منها في حجم العدسة وكان لها
عنق يختلف ظهوره والغليظ منها مشقوق في اعظم سمك فيها فاذا ازيلات
عنها البشرة التي فصلها التعفن عن الجلد شوهد ان هذه الزوائد نافذة منها
لان البشرة مغطية لها وثبت بالتشريح ان كلا منها يأخذ اصله من سمك الادمة
الى المنسوج الخلاوي الذي تحتها وكما وجدت هذه الزوائد على مقدم الصدر
والبطن وجدت منها ايضا على المنكبين وعلى العضدين الى المرفقين وسبباً من
الجهة الوحشية والخلف قليلا وعلى الفخذين والاليتين كذلك من الوحشية
والخلف فقط فكانت هذه الاقسام كلها مغطاة من اليدين واليسار في السعة
الذكورة بعدد كثير من تآليل صغيرة بحيث صار منظر الاعضاء من سطح
الجلد محبباً ومنها ما كان مغطى باللون بحيث يظن من مسافتها ان الجلد كله ملون
بهذا اللون وبقيت اعضاء هذا الجنين كانت في حالة سلامة

وهذه الآفة المذكورة وان قربت بصفات التشريحية من الآفة التي تشاهد
كثيراً في اعمار مختلفة للحياة الا ان المحقق يخاف انها لها جدا بالنظر انموها
لان التآليل التي توجد كثيراً على سطح الجلد لا توجد في العادة الاعلى بعض محال
منعزلة عنه ولا تغطي كما هنا جزءاً عظيماً من الجسم شاعلاً قسماً واحداً في كل من
الاطراف الاربعة على سبيل التساوي من الجانبين واما الامر الواقعي القريب
للذي شوهد في البالغين وله شبه بهذه الملاحظة فذكره بكلان سنة ١٦٤١
لانه شاهد جراحاً معه على جميع سطح جسمه زوائد لولية كثيرة وقد شاهدت
مثل هذه الظاهرة في مريض عمره اربعون سنة ومات بالتهاب مزمن في العضلة
ابواس فكان في جميع الجزء المقدم للصدر والبطن الى محاذاة السرة عدد كثير
من تآليل صغيرة بعضها عريض القاعدة وبعضها ذو عنق واخبرني هذا
المريض ان ذلك فيه من زمن طفولته بل يظن انها موجودة فيه

من وقت ولادته

وهذه المشاهدة ترد على من قال ان التاكيل لا تكون خلقية ونحن نقول انها قد تكون خلقية ويقويها الحوادث السابق الا ان يكون هذا القتال تمسك ببعض امثلة من نوع ما نسبناه للاقات الزهرية الخلقية لكن اقل ما يكون ان الالتباس هنا غير ممكن اذ لا مشابهة بين هذه التاكيل والانواع المختلفة من الداء المبارك واما حالة الام فيظهر لنا انه ليس فيها ما يفيد توضيحا لعلامة هذا الداء الغريب

وقد ذكر المؤلفون زوائد قرينة تتكون على الجلد وشوهدت هذه الزوائد في الكبار البالغين والعجائز مرار كثيرة بحيث لا يشك في وجودها فيهم من زمن الولادة لكن الظاهر انها نادرة جدا في الاطفال وسما في المولودين ويكفي ان نذكر هنا ان هذا التغير الجلدي جائز في المولودين ويلزم في جميع الاحوال المبادة بقطع هذه التولدات المرضية مع الاحتراس من ان يؤخذ مع ذلك جزء الجلد المتدعمة عليه

وقد شوهدت ايضا اطفال مغطاة اجسامهم بزغب ووبر والعامة تعتبر المولود حينئذ بانه دب او تيس او ذئب او نحو ذلك وقد ولد عندنا بـ مدرسة الولادة طفل مغطى معظم جسمه بلطخ وجمية واسعة بنفسجية نابت عليها زغب وشعر كثير وكان منه ما يبلغ طوله نصف قيراط ولا سيما على الظهر والالية والفخذين حيث تكون اللطخ كبيرة بحيث كادت تملأ تلك الاعضاء ومرتفعة عن الجلد ولذلك كان منها على الذكر لطخة كادت ان تغمه بحيث بلغ هذا العضو منها حجما عظيما كانه ذكر بالغ ومثل ذلك ايضا الصفن وكانت لطخ الوجه ايضا كبيرة تكاد ان تغمه وكان الشعر في تلك الاجزاء كبيرا وبالجملة كان هذا الطفل اعجوبة من عجائب الخلوقات بالنظر لتلك الوجات والشعر النابت عليها ولا سيما ان الاجزاء السليمة من ذلك من جلده كانت قليلة وفي غاية البياض وكان الطفل جميل الصورة والخلقة لولا هذه الاجسام المشوهة النابتة عليه ولم يعيش الا جملة اشهر ولما مات حفظت عندنا جثته بالمدرسة الطبية في سائر

من السوائل الحافظة للرم ولم تزل باقية الى الآن بالحالة التي كانت عليها
ويسهل علينا توضيح هذا الامر الغير الاعتيادي وذلك لان الجلد من اول الحمل
الى وسطه لم يزل خاليا بالكلية من الزغب وانما حينئذ يغطى بكثير من هذا
الوبر الذي اغلبه يسقط قبل الولادة بزمن ما وهو الذي يوجد في الصماء اي مياه
الامنيوس بل وفي عتي الاطفال احيانا فاذا لم يسقط وولد الطفل وهو نام فيه
كان هو المولود المشعروبيقي فيه بعد الولادة ايضا فيرى الوبر في جسمه ووجهه
واطرافه ولما كان ذلك مخالفا للعادة كان قابلا للمبالغة من العامة ومن ذلك
ما اشيع زمن ولادة الطفل المذكور بين الناس انه ولد بمدرسة الولادة طفل
في صورة دب او ذئب او حيوان كذا وكذا وينبغي الاحتراس في هذه الحالة من
ان يوضع على الجلد وضعيات مخصوصة بقصد اتلاف هذا الوبر لان ذلك يعرض
الجلد للتهيج ويوقع صحة الجنين في الخطر والعادة ان هذا الوبر يسقط كلا او بعضا
بعد الولادة بدون استعانة بدواء ولم يلبث الجلد قليلا حتى يفقد منظره وقوته
الدافعة التي اكتسبها من النمو الغير الاعتيادي للمجموع الشعري
واما الشعر فيختلف قله وكثرة ولا تعظم مخالفته للعادة في نموه الا نادرا ويصح
ان يعده من خلاف العادة في المجموع الشعري وجود شعر في الاورام التي تحت
الجلد او اعرق من ذلك ومن العسر توضيح هذا الامر الغريب الذي شوهد كثيرا
في البالغين اكثر من المولودين والانظار تختلف قليلا بالنظر لتركيبها واما بالنظر
لحالها فلا يوجد فيها كثير المخترام اى عدم انتظام وانما الامر العظيم الاعتبار
هو وجودها في اثناء المواد العسلية والشحمية المحوية في الاكياس
واما التولدات القرنية العارضية فتشاهد بالاكثر في العجايز فنرى التآدر
جد او جود شي منها في المولودين وانما توجد في المتقدمين في السن فاذا وجدت
في طفل تولدات قرنية ينبغي المبادرة بقطعها ما لم تنمع الحيالة الراهنة له من فعل
هذه العملية حالا

المبحث الثالث

في تغيرات لون الجلد

تغيرات

تغيرات لون الجلد عظيمة الاعتبار ايضا كعيوب تكونه فقد ذكرها لير
اطفالا لاسودا ولدوا من اصول بيض واطفالا بيضا ولدوا من اصول سود وذكروا
ايضا انه شوهدت اطفال ولدوا واولادهم منكبت بنكت ولطخ وقد كانوا سابقا
يعتبرون هذه الامور الخارجة عن العادة من النتائج الغريبة للطبيعة
واما الان فنجتو اعن توضيحها واستخراج اسبابها من المعارف التي اتضحت
وظهرت في كيفية تولد الجنين وذلك لان الجلد لا تنضج في الازمنة الاول من
تطلبات الجنين جميع الاجزاء التي تدخل في تركيبه لانه انما يكون حينئذ
بمجرد غلالة رقيقة شفافة كأنها وصلة وامتداد من الوريقة الغرسية اى
الامينوسية التي يغشى بها الحبل السرى فلا يميز فيه في تلك الازمنة الخط
الفاصل له عن محل اندغام هذا الحبل فيبقى رقيقا عديم اللون الى نصف
الحمل فعند ذلك يزيد قوله وسمكه ويزيد الدم في الشبكة الشعرية التي تحت
الجلد فيكتسب جلد الجنين بذلك لونا ورديا واضحا فاذا يكون فيضان الدم
نحو الجلد هو الذي يعطيه لونه ثم من التنوعات التي يكسبها الدم يكسب
الجلد الاصل المألوف فحصل فيه انواع التلون التي يلزم ان توجد فيه على حسب
نوع هذا الجنين

فاذا اتفق من سبب ما غير ممكن لنا توضيحه انه حصل للدم في دورانه في الجلد
تغير خاص سواء في تركيبه او في سيره نشأ من ذلك اختلافات اللون والمنظر
التي شاهدها المشرحون على سطح جلد بعض الاطفال ولاجل ايضاح ذلك
نبعث اولاعن تغيرات اللون التي قد يكسبها الدم في منسوجات عاموما

فاولا قد يتقطع سير هذا السائل فجأة فيفيض في محل وقوفه ويخرج من مجاريه
الطبيعية ويرسب بدون انتظام على السطح وفي سمل الأعضاء وذلك هو
ما سماه بعض المؤلفين باللطخ وبالنكت وبالانصباب الدموي الجلدي

وثانيا ان الدم يتراكم في عضو اما بمقتضى ثقله او بواسطة منبه التهابي
وينتهى حاله غالبابا ان يكسب لونا بنفسجيا او اسمر او اسود وذلك هو ما يشاهد
على سطح الرئين او القنصة المعوية ومن ذلك ايضا على رأي بليار الخطوط

والصفائح السود التي تشاهد على سطح الأغشية المخاطية
وثالثا ان الدم قد لا يجهز للجلد اصله الملون اما لكون جزء السائل الدموي المعد
لانتاج ذلك معدوما في بعض الامتصاص اولان الشبكة الجلدية لا يمكنها
ان تقبله فحينئذ يبقى كل من الجلد والشعر حافظا لونه الذي كان له في الازمنة
الاول عندما كان الجنين غير تام النمو فيشاهد فيه لون المبروصين
قال المؤلف فيمكن على مقتضى هذه الاعتبارات ان الاطفال الذين يولدون
منكتين او منمشين او بيضا وسودا كانوا في احوال بحيث ان الدم فيهم مدة الحياة
داخل الرحم فاض وطفح حتى تكونت منه النكت والنمش اولم يجهز للجلد
المادة التي تلونه في العادة فيحدث من ذلك البرص او انه كابد تغيرات في اللون
حتى حصل منه المنظر المسمر او المسود للجلد وذلك هو ما شوهد قريبا في البالغ
بمارستان الشفقة وبالجملة لا يقول على هذه الالوان في بعض الاجنة قبل ان يبحث
فيهم مع الانتباه حتى يحكم بان لون جلدهم خلقي ام لا فان الطيب الجراح لونه
اعرض على سنة ١٨٢٦ جنينا ابن شهرين قريبا وكان جميع جسمه
اسود واخذه من شخص غير طيب كان محفوظا عنده في روح العرق منذ
عشرين سنة لكونه ظنه عبدا اسود وادعى لتقوية ذلك ان هذه القطعة
التشريحية عنده عظيمة الاهتمام لكونه استخرجها بنفسه سابقا من بين عظام
الحوض لكن لما رأينا شدة سواده وعلمنا ان اولاد السودان لا يولدون سودا اردنا
ان نستعين في تلك الحالة بالوسائط التشريحية فشرحنا بتشديد الرأه مع غاية
الاقباء جميع اعضاء هذا الجنين فوجدناها مسودة ايضا كسطح جسمه وفي حالة
فساد ظاهر فعلمنا ان اللون الاسود في هذا الجنين انما كان ناشئا من فساد رمي
حقيقي وقت تقدماته يقينا بتجديد روح العرق في زمن حصل تغير اللون قبله
وبالجملة تظهر حقيقة الحال بدون احتياج لبحث عميق

المبحث الرابع

في الوجات الامية

تسمى بنكت المولود وبالنمش الخلقي وباللطخ وهي حالة متوسطة بين عيوب

التكون

التكون والامراض الالتهابية في الجلد وحقيقتها انها تغير مخصوص في الجلد
تارة يكون مقصورا على اللون وتارة يكون مع ورم سطحي وتارة يكون
منهما معا ومن ثم عظيم في المجموع الورى الذى فى الهل المصاب وعلى مقتضى
ذلك ميزها بعضهم الى الانواع الثلاثة المذكورة التى ليست هى الادرجات
مختلفة لمرض واحد واصل هذه النكت واسبابها مجهولة وقد اعتبروها مدة
طويلة نتيجة تخيلات الام التى اصبحت بهامدة حملها بسبب مشاهدتهم فيها
صورة حيوانات او من اشتغال ذهنها بشهوات غريبة وبسبب تلك التخيلات
سمتها الاطباء سابقا بالوحجات الامية واما الآن فعرف جيدا ان هذه التسمية
غير صحيحة وغير نافعة

وصفتها التشرىحية هى انما منسوج اتصابى وهى فى العادة لطح ملونة تختلف
سعتها وشكلها وتكون غير منتظمة وتختلف فى البروز عن الجلد ويمكن ظهورها
فى اى جزء كان من اجزاء جلد المولود ولكن اكثرها توجد فى الوجه لكثرة
وعمايته ولونها يختلف ايضا الا ان اكثر ان تكون صفراء او صفراء مسمرة
اووردية او حمراء او كحلج او مزرقة او مسودة وهى الوان نشاهدها كثيرا على
سطح اعضا نالوفى حكمها اذا صارت فى مدة الحياة مجلس البعض تغيرات مرضية
ثم اذا كانت مجرد نكت لم يجاوز التغير الطبقات السطحية للجلد التى هى مجلس
للشبكة الوعائية فان كانت النكت مع ورم كان الجلد متغيرا الى طبقاته العميقة
فان كانت النكت مع شعركا كانت البصيلات ضخمة والشعر عظيما خارجا عن
العادة قال بليار ويغلب على الظن ان هذه اللطح ناتجة من تغير المادة الملونة للجلد
المتعلقة مباشرة بالدورة الشعرية الجلدية كما ثبت ذلك بلنقل فتكون
نتيجة داء كان مجلسه اما فى الجسم الخاطى الجلدى الذى يرسم فى شبكته
الوعائية مواد المادة الملونة او فى الشبكة الوعائية نفسها فلذلك تحرر بعد فتنش
جلة من الاطباء ان هذه الوحجات اما لونية اى مجلسها فى المادة الملونة
واما نكت وعائية وقد ذكر هذا التنوع ووضعه جيدا الطيب ريبير فى كتابه
فى امراض الجلد

فاذا كانت نكت المولود ناشئة من تغير في المادة الملونة لزم ان لا توجد على جلد الجنين قبل الشهر الثالث لان هذه المادة لا توجد في ذلك الزمن وانما في نصف الحمل تقريبا يقبل جلد الجنين الدم بمقدار عظيم ويكتسب درجة عظيمة من التركيب قال بليار وما شاهدتها قبل هذا الزمن الا في نحو عشرين جنينا ولم اجد في واحد منهم لطخا خلقية غير ان ذلك انما هو دليل ضعيف للرأى الذى تمسك به نهايته انه يستند عليه اذا تقوى بغيره من الامور الواقعية التى من هذا النوع

والجلد وان كان مر كما من اجزاء متميزة عن بعضها بحيث يسير للمشرحين دراسة كل منها على حدة الا انه يقوم منه عضو واحد اجزاؤه التى ركب منها الارتباط قوى يعضها بحيث يسهل ان يدرك ان داء احدها يدخل فيه غيره فمثلا قد تكتسب بصيلات الجلد وشعره ازديادا في التجميع حصول ذلك ايضا في الشبكة الوعائية الجلدية ولذلك تغطى هذه النكت السمرا والجر بشعر ملون بارز عن سطح الجسم بقلة او بكثرة ويمكن ايضا ان الشبكة الوعائية والجسم الحلقى للجلد يكابدان تغيرات غير متعلقة بالمجموع الوبرى فلذلك تكون هذه النكت مسمرة او بنفسجية وعظيمة الاهتمام بمرورها ومنظرها الخشن ولا يتكون عليها شئ من الشعر وقد يتفق ان يحصل مجرد تغير بسيط في اللون الطبيعى للمادة الملونة بدون تورم ظاهر فتتكون هذه النكت صفراء او حمراء بنفسجية او نحو ذلك وتكثر في الوجه والجزع والاطراف وهذه النكت الاخيرة تستحق ان تسمى بالنكت التلونية اى الاتية من المادة الملونة لان النكت البارزة المغطاة بالشعر تحصل ما عدا ذلك من تغير منسوج جزء آخر من الاجزاء المركبة للجلد

ومن صفات النكت الصفراء والسمرا والجر التى ذكرناها انها تقف بعد الولادة ولا تدل على عمل ممرض ولا على حركة فساد في التركيب فلا يحصل منها تعب ولا ألم وانما تحدث تشوها قديما يكون كربه المنظر اذا كانت في عضو مكشوف غير مستور بالملابس فان كانت غير آتدة الارتفاع كانت مجرد تغير

في المادة

في المادة الملونة الجلدية فكانها بالنسبة للجلد رسوب اكتسابي ومع ذلك يمكن ان تدوم بدوام العضو الحامل لها ويندر ان يحتاج لازالتها بالكاويات او الآلات القاطعة مع ان هذه الآلات قد تبقى بعدها آثارا شنيعة اشنع من منظر النكت نفسها

واما النكت الوعائية التي يولدها الطفل فبعكس ذلك ويكون منظرها عمرا وبارزا وبرواجا يختلف عظمه ثم تارة تكون بيضاوية غنية بمكونة من منسوج انتصابي حقيقي وهذه تكون زاوية الحجرة ولها سطح محبب ولذلك قد تشبه عند العامة بالكرزوات الشوكي والقريرز والمخوذك ويمجرى ذلك على ما سبق ما يعتقده فيه فيها مما ذكرناه وتارة تكون قليلة الانتظام في الشكل وموضوعة في العمق تحت الجلد فلا يتكون منها الاورام تختلف في العظم وتكون قاعدتها عريضة وسطحها مخططا بفرعات من عروق انورسماوية يدلنا وجودها على السبب المحدث لها وعلى كيفية تكونها وهذه هي التي سماها الاطباء وسما الطبيب بيت بالسلع الدواليه وتسمى ايضا بالفطر الدموي وانورسما الشرايين الصغيرة وبغير ذلك وتختلف عن الانورسما التجممية بكونها قد توجد بدون ان يكون لها اتصال بشريان ولاوريد واذا لمست لا يحس فيها بالضرب ولا بالضغط اللذين يوجدان في الانورسما الحقيقية ثم في كلا الحالتين هذه النكت البارزة عن الجلد الناشئة من الاتساع الانورسماوي للاوعية الصغيرة تحت الجلد يمكن بعد الولادة ان تتسع وتقرح ويحصل منها الزفة مهلكة فلذلك يلزم حينئذ ان يبادر بمنع تقدمها او بازالتها من اصلها اذا سمح كل من سن الجنين وصحته بذلك ولكن الغالب في الوحامات انها تقف مدة الحياة ومنها ما يعظم يسطى اوبسرة وتارة يقف بعد عظمه ولا يزيد ابدا او يقف زمنا ثم ياخذ في العظم وربما تحول الى فطر دموي

وينبغي ان لا يشبه عليك الوجهة بالنكت الشعر التي توجد في جلد بعض الاشخاص لان الوجهة تغير وعائ في الجلد واما النكت المذكورة فهي تنوع موضعي في افران المادة الملونة من الجلد والغالب ان الوجهة تكون وحيدة

غالباً اذا تعددت كانت قليلة العدد في الشخص الواحد واما النكت الشقر
فلا حصر لها والوجه تصيب جميع الامرجة بدون فرق واما النكت فتختص
بالبنفاوين واصحاب الشعور الشقر

وقد ذكروا العلاج الوجات وسائط مختلفة فالطبيب ابرني ذكر انه يستعمل
وضع المبردات والضغط والطبيب بواير ينسره ازالة وحة من الشفة العليا
بالضغط عليها بالاصبع سبع ساعات في اليوم وبغسل الورم زمناً فزمناً بالشب
لكن هذا الضغط قد يعسر فعله وهو موجد ويكون غالباً عديم النفع
واظن انه لا بأس بتجربته على الاعضاء التي يسهل ضغطها وتركه متى عرض
عارض واوصى فريس وبيت ويل باستئصال الورم بآلة قاطعة مع الاحتراس
على ازالة جميع الاجزاء المتعلقة به قال بليارويظهر ان هذه الوسطة انسب من
استعمال الكاويات التي قد يعسر احياها لتحديد فعلها واظن انه يمكن تعاطيها
بعد تجربة الضغط او عند عدم امكان فعله والجراح الانقليزي الشهير
وردروب اوصى بربط الشريان الرئيس الذي تخرج منه الفريعات الوعائية
المصابة ثم يستأصل الورم بعد ذلك وقد نجحت هذه الوسطة جيداً على يديه
ويمكن بدون استئصال الورم ضغطه بعد ربط الشريان فان ذلك يعين على
الامتصاص بدون ان يحصل في العضو ضمور والطبيب لورنس ذكر في رسالة له
انه ادخل في قاعدة الورم بواسطة ابرة خيطاً مزدوجاً وربطه من جانبيه بعد
فصل الاطراف عن بعضها ثم شد الطرفين من اليدين ومن اليسار حتى حدد
بذلك قاعدته وزاد في الشد شيئاً فشيئاً بحيث تسحب عنه ذبول هذه الاورام
القطرية وفساده السام وذكر هذا الطبيب امثلة من ذلك كثيرة ناجحة ويمكن
ان تستأصل بلف الرباط على قاعدتها اذا تيسر بان كانت ذوات عنيق
قال اولفير قد ذكر الطبيب طارال في رسالة جليله تعلمها في معالجة الاورام
الانصائية انه بحث في الكيفيات المختلفة المستعملة لزوال هذه الاورام الى وقتنا
هذا فاستحسن منها الكي فعلى رأيه يمكن ان توضع عليها البوتاسة الكاوية
مع نجاح مهما كان حجم الورم ومجلسه والطبيب لا تمتد اعرض مشاهدات

كثيرة ينتج منها انه قد ينال في بعض الاحوال زوال هذه الاورام بشق يعمل في ستمكها فبعد الالتئام تحصل اثره تسبب انسداد الاوعية التي يقوم منها الورم وبموجب ذلك يذبل ويرزول بالكلية ~~لكن~~ الواسطة التي هي على رأيه أكد وتعرض التهابا في الاجزاء المريضة وانسدادات في الاوعية هي غرز الابرة وتفعل بان يدخل في الورم دبايس مختلفة العدد بحسب الحال رقيقة طويلة سهلة الانثناء وتترك في محلها حتى يحصل منها التهاب كاف وهذا الطريقة بسيطة جدا واستعملها منذ ظهرت كثير من الجراحين مع الفجاح وهذا الطريقة اخرى اعرضها عن قريب الطبيب لواد وهي زرق الكاويات في ستمك هذه الاورام وذكر لنجاح ذلك مشاهدات كثيرة ~~لكن~~ هذه الطريقة ليست قوية الفعل في جميع الاحوال واحسن منها غرز الابرة وبعض الجراحين اوصى بالحرايق لكن هذه الوسائط انما تؤثر على البشرة فاذا ن تكون غير نافعة وعلى كل حال لا يستعمل شيء من هذه الوسائط في الايام الاولى من الولادة لان الورم قد يقف الى البلوغ وانما يلزم الالتجاء اليها اذا ظهر فيه اول اعراض النمو والزيادة او الفساد لان تقدماته الالتهبية قد تهلك الشخص او تصير العملية اعسر واطهر

الفصل الثاني

في امراض الجلد الغير الالتهابية التي تظهر مدة الولادة او بعدها

ينبغي ان نتكلم هنا على الاحتقانات الموضعية والعمامة والتمش وبعض تغيرات في اللون ففي هذا الفصل خمسة مباحث

المبحث الاول

في الكدم

الكدم الذي يقال له باليونانية ايكيموزس ويشاهد في اما كن مختلفة من جسم المولودين وهو نتيجة عادية للولادة الشاقة ويشاهد على الخصوص في محاذاة الاعضاء التي انضغطت بقوة في مضيق الحوض كالذي يشاهد عادة في فروة الرأس ومع ذلك ينبغي ان نذكر هنا تنبيها مهما وهو ان هذا الكدم قد لا يكون

نتيجة انضغاط الرأس عند خروجهما من مضيق الحوض قال بليار ولقد رأيت
بذرة سنهام اربعة اشهر الى خمسة تقريرا ووجدتها سليمة بالكليية واخبرتني امها
التي ولدت على يدى بيت الصحة الملكى انها استشعرت منذ خمسة عشر يوما
بالآلام فى الرحم ومن مدة ثمانية ايام حصل لها نزيف كثير بحيث خافت من
الاسقاط فلم تنزق الاغشية وتيسرت مشاهدة الجنين من الصاء اى مياه
الامنيوس بسبب شفايتها فوجد الرأس معلقا من الاسفل والارجل من الاعلى
وشوهد فى طرف الرأس كدم عريض تسج فى دائرته او عية صغيرة متفرعة
تفرعاجيلا فاطن ان هذا الجنين مات منذ ايام وصار السائل عند ذلك معه
معرضا لقانون الثقل وان هذا الكدم فى جلد الجمجمة ظاهرة حقيقة رمية
فلا يصح عده نتيجة الضغط وانما هو نتيجة الوضع المائل الذى كان فيه هذا العضو
منذ مات الجنين لكن قد لا يكون الامر كذلك فان الطفل الذى يولد تام الاشهر
بوضع من الاوضاع الاول يكون سبب الكدم فيه هو الوضع المائل وانضغاط
الجزء المكدم

وتحليل هذا الكدم يحصل من نفسه فى اغلب الاحوال غير انه اذا صحبه انتفاخ
عظيم فى الجلايد بنى المبادرة بازالته بوضع وضعيات محللة كحلول موريات
الصودا وخلات الرصاص او المطبوخ العطرى المقوى بموريات الامونى الى
لكن من التادر جدا الاضطرار لمثل هذه الوسائط فان هذا الكدم والانتفاخ
يزولان بنفسهما قال المؤلف ولى اعمال واجبات تشريحية فى الحالة التى
تكون عليها جلدة الرأس اذا كانت مكدومة وفى الزمن الذى يزول فيه
هذا الكدم عادة وهما هى نتيجة هذا البحث فى البحث الا ترى

البحث الثانى

فى ورم فروة الرأس

ورم فروة الرأس قد يحصل من سببين كما قال قابرون اما من اوديميا اى رشح
مصلى او من تراكم سائل دموى فيها فى الحالة الاولى لا يكون الورم محدودا
ولا يرتفع على هيئة مخروط وانما يقوم من احتقان او تبهن عام فى جلدة الجمجمة

وبزول

ويرزول بسرعة وفي الحالة الثانية قد يرتشح الدم احيانا في المنسوج الخلقى
 اوفى الفريعات الاخيرة الوعائية فيسيل من جميع الجهات بالشقوق التي تفعل
 في الجلد المسود المخطط وليس من النادر ان توجد جولة تقط دموية بين
 الحويصلات الشحمية وحيانا اخر يوجد انصباب دموى حقيقى بين الجلد
 والصفاق الجمجمى سواء كان حصوله بالتجفيراو بتزق العروق الصغيرة
 فالدم حينئذ يكون مسودا جدا اذا تد السائلة محفوظا في شبه كيس ناتج من
 انفصال جلدة الرأس وجميع الاجزاء المجاورة له تكون ملونة بلون احمر بنفسجى
 والعظام نفسها تلون ايضا بذلك اللون الذى ينتج فمما من تندي السائل لها
 وقد رأيت في طفل عمره ثلاثة ايام انصبابا دمويا من هذا النوع عظيم المقدار
 بحيث نتج عنه انه سال جلدة الجمجمة في جميع سعتها عن العلة العظمية ومات
 الطفل بالتهاب رئوى ووجد فيه انصباب دم كثير في ظاهر الجمجمة بحيث
 تكون منه هيئة سكتة جلدية ويظهر لى ان من رأى فعل شق مستطيل
 في رأس هذه الاورام الدموية اذا جربت المحللات ولم يحصل منها قع
 ووقت زوال الكدم والتحديبات من فروة الرأس كثيرا لاختلاف فقد رأيت
 اطفالا بقى معهم اثار من ذلك بعد خمسة عشر بل عشرين يوما ولكن الغالب
 زوالها بالكلية في ثمانية ايام وذلك يكون على حسب سعة الكدم ومقدار
 الدم المنصب

وينبغى ان يحترس كما قال قايرون من اشتباه هذه الاورام بالفتق الخفى اى الورم
 الخفى فان الغلط في جعل هذا الاخبار ورما دمويا مع مهلك وسنذكر الصفات
 المميزة لهما عن بعض ما عند الكلام على فتق الخ
 وقد نشاهد في المولودين اكدام اخر محدودة في محال مختلفة من الجسم وتوجد
 دائما في المحال التى انهرست او انضغطت وتزول ككدم الرأس بتوارد الالوان
 التى تتوارد عادة على كل كدم مدة التحلل في البالغين فتنتقل من اللون
 البنفسجى الى الاسود ثم الاصفر حتى تزول بالكلية ثم ان من اورام الجمجمة
 ودم يقال له سيفالما توم وقد عر لنا ان نذكره في مبحث مخصوص وهو

المذكور على الاثر

المبحث الثالث

في سيفالجاتوم

قال اولفيير لم يذكر بليار هنا الانصبابات الدموية المسماة سيفالجاتوم اعني الاورام الدموية وتكلم عليها في اواخر القرن السابق وسيما في هذه الازمنة الاخيرة كثير من المؤلفين مثل لوفريت وسميلي وفرنك ونيجيل وغيرهم وزل بليار لهليلد على ندرة وقوعها ووطن بارون انها توجد في الاطفال بنسبة واحد لاربعمائة او خمسمائة

فالدم في هذا الداء لا ينصب تحت الجلد وانما ينصب بين صفاق الجمجمة والعظام فيسكون منه ورم محدود وغير موجع مرن رخو متموج لا يغير لون الجلد ومجلمسه الغالب في احد الجدارين ويكون في الايمن اكثر من الايسر وقد يكون فيهما معا وشوه ايضا في القعدة وفي احد القسجين الصدغيين والانصباب الدموي الذي يقوم هو منه لا يكون دائما خارج عظام الجمجمة فقد شوهد لكن على ميبيل الندرة في الوجه الباطن تحت الام الجافية فيقتضي ذلك تميزا الى ظاهروباطن

والغالب ان السيفالجاتوم يظهر في اليوم الرابع بعد الولادة وقد يوجد ايضا قبل الولادة واعظم مثال لذلك هو ما ذكره بليار في مبحث الكدم قريبا وهو ما وجدته في طرف الرأس من جنين عمره من اربعة اشهر الى خمسة واندسأنا كونه لم يشرح هذا الكدم مع غاية التفصيل ولم يبحث بطريق التشریح هل كان هذا الرشح الدموي تحت صفاق الجمجمة ام لا هذا ولم يتيسر لي هنا ذكر تشخيص هذا النوع من الورم بالنسبة لمقابلته وتمييزه عن الاورام المكونة من فتق المنخ والاستسقاء الخي الباطن المحدود وعن الاورام الانصبابية والعمية وعن الاورام الفطرية في الام الجافية وعن السلخ والغدد لان هذا يطول بنا ويمخر جنا عن الاختصار وانما نكتفي بان ننبهك هنا على ان السيفالجاتوم يتميز بالذات عن الورم المصلي الدموي الذي يكون مدة طلق الولادة ويكون نتيجة له

لان السيف الياقوت يشاهد بالاكتر اذا كان خروج الجنين سريعاً سهلاً
 ومنشأ هذا الانصباب على رأى ميكاليس وغيره من الجوهر الاسفنجي من عظم
 الجمجمة وبموجب ذلك ~~يكون~~ ناشئاً من تغير اولى في العظم بفجر احياها
 حتى يثاق صفحته الخارجة ولم يثبت هذا الرأى بالمشاهدة في معظم الاحوال
 وذكر الطبيب فالكس حوادث تدل على انه قد يوجد جسد احياها بتغير واضح
 في المنسوج العظمى وربما افادت ايضا بعض معارف في طبيعة وكيفية نمو
 الحوية الصلبة البارزة التي توجد عادة في قاعدة الورم واما على رأى نجيل
 فالسيف الياقوت ينتج من تمزق بعض اوعية دموية من اوعية العظم وبعضهم
 نسبته لنمو غير اعتيادي لهذه العظام وبالجملة فهم وغير جيد المعرفة لكثرة الاراء
 في منشأه واسبابه ولما رأى دبو ان كثيرا ما تنتشر فروع وعائية في لحمه عظام
 الجنين وتجتمع على الام الحافية والصفاق الجمجمي في خلل الالياف العظمية
 المتروكة فيما بينها توصل بهذه الهيئة التشريحية لظن ان مجرد انفصال السمعاق
 يكفي لاحداث تمزق بعض اوعية الجوهر القشري وللانصباب الدموي الذي
 يقوم منه السيف الياقوت وينتج هذا الانصباب بسرعة في الايام الاولى التابعة
 للولادة بسبب زيادة الفاعلية في الدورة المخية بعد الوضع ثم فيما بعد يأخذ تعظم
 العظم في الزيادة والتقدم وينتج من تقارب الالياف العظمية لبعض انسداد
 الاوعية بحيث يقف تقدم الانصباب ويمكن ان يمتص شيئاً فشيئاً وهذا التوضيح
 لا شك انه اقبل من غيره لكن بقي علينا ان نعلم معرفة السبب الاول لفصل الام
 الحافية او الصفاق الجمجمي لان التجربة تثبت كما قلنا ان الغالب ~~يكون~~
 السيف الياقوت يظهر اذا كانت الولادة سريعة سهلة ولم يكن الرأس معرضاً
 لانضغاط شديد وقد نسب فالكس في رسالة ثانية له السيف الياقوت للانضغاط
 العارض مدة الولادة وجزم بان الانصباب الدموي قد يكون ايضا تحت
 الوتر العريض

وانذار هذا الورم يختلف باختلاف الاراء في سببه ويمكن ان نقول عموماته
 لا يكون ثقيلاً اذا كان الورم من الظاهر اما اذا كان من الباطن فانه يحدث جميع

النتائج التي تحصل من انضغاط المنخ وكلما كان الورم اكبر جما كان اخطر
واسرع اهلاكا

والعلاج المناسب له هو الضغط بانتظام وتدرج ويقوى فعله بالسائلات
المحلبة فاذا لم يرل بذلك في مدة عشرة ايام او اثني عشر عمل شق فيه ليستفرغ
السائل منه

المبحث الرابع

في هرس بعض اجزاء من الطفل ساعة الولادة

قد يضطر في انهاء الولادة لاستعمال العرى اوجعت الولادة او الرافعة
او الكلابات والصنائير فيحصل للطفل من ذلك غالباً هرس ورض تختلف سعته
في محل واحد او اكثر من جسمه ويلزم الطبيب الاتباه لذلك بعد الولادة لانه
قد يحصل منه التهاب جري (منسوب للعمرة) يخشى من تقدمه ومضاعباته
هلاك الجنين ومن السعدان هذه العوارض لا يخاف منها الا لان صناعة
الولادة ما رت في هذا الزمن فائتمة من كيفية توجيه سير وظيفة من جلة وظائف
جسمنا وهي وان جاز ان يحصل فيها تضاعف او صعوبة الا انها لا تخرج
عن كونها طبيعية كيفية الوظائف التي تباشرها اعضاؤها كل يوم وتمارسها
لحفظ حياتها

واما الاحتقان العام للولد الجنين فيكون في العادة مر ببطابة في الجهاز
التنقيسي وستكلم على ذلك في شرح امراض تلك الاعضاء

المبحث الخامس

في النمش في الاطفال

الداء النمشي التزيفي الذي سماه المؤلفون باسماء كثيرة يشاهد في الاطفال
الضعاف الذين يتغذون غذاء ردينا والدورة الشعرية وقت فهم دفعة بسبب
من الاسباب يعسر تعيينه بحيث تولد فيهم من ذلك انصباب دم يتوزع في سطح
الجسم فيظهر من ذلك في الجلد عدد كثير من نمش ونكت صغيرة جرد بنفسجية
محدودة جيداً وتقرب كلها للاستدارة

وهذا

وهذا الداء الذي لا يصعبه في العادة حتى ولا سيما في الاطفال قد يكون بسيطا
اي غير معسوب باعراض عامة او خاصة لا عند منشأته ولا عند نموه وانتهائه وقد
تصعبه اعراض تختلف في النقل كتريف الاسناخ والمعدة والامعاء والمثانة بل
قد يصعبه التهاب هذه الاعضاء قال بليار قد رأيت هذا الداء في مولودين كانا
في حالة ضعف وانحطاط زائد واضح احدهما عمره ثمانية ايام وعاش بعد زوال
هذا النمش وكان زواله منه تدريجيا بحيث صار اسود ثم منتقعا ثم اصفر حتى زال
والطفل الثاني اصغر من الاول واطفأ وقابلية للعبوية ومات سريرا
وهاهي مشاهدته وهي انه حل البنا طفل مؤث واخبر من اتى به انه مولود منذ
ثلاثة ايام وكان ذلك المولود قويا كبيرا الحجم واما لونه فبرقاني وتنقسه قليل
الظهور وصياحه يعسر سماعه واطرافه السفلى اوديمتوية ووجهه وجذعه
وساقاه وعضداه مغطاة بنكت بنفسجية تختلف في الاتساع والاقطار فكانت
من ادنى نقطة صغيرة الى ما يكون بقدر العدسة وكانت منبذرة على سطح
الجسم بدون انتظام كالأخلية المصفرة التي بينها بحيث صارت هيئة الجسم
نمرية اي كجلد النمر وبقي الطفل في هذه الحالة الضعيفة يومين وما شرب من
اللبن الا بعض قط ولم يزل صياحه ضعيفا وتنقسه قليلا الى ان مات في تلك
الحالة ومدة المكث كلها نحو يومين وفتحت جثته في اليوم التالي فوجدت المعدة
ممتلئة بكمية كثيرة من دم لزج اسود وسطعها الباطن كسطع المعال الصائم
مبذور بنمش كثير شبيه بالذي في ظاهر الجسم ووجد في باطن القناة المعوية
انصبابات دموية منتشرة في محال مختلفة ووجد في الغشاء المخاطي في محل
محاذاة الانصبابات اكدام غمسية مشابهة لنمش المعدة وآثر اللغائي يحتوي على
دم مسود منتشر واما المعال الغليظ فكان مجلسا للظهور اجربة صغيرة واضحة
ويحتوي في انتهائه على كمية عظيمة من الدم وكانت جدرانه سميكمة متينة واما
الطحال فكان عظيم الحجم جدا محتقنا بالدم وفيه قرب اندغام الاوعية القصيرة
تمزق مستطيل سطحي ملتصقة على سطحه خلطة دموية يابسة ووجد
في التجويف البطني قدر معلقة كبيرة من دم يقرب للعقل ان انصبابه فيه

الفصل الثالث في التهابات الجلد الخلقية

بعض هذه الالتهابات يظهر في الرحم ويولد الطفل بها وبعضها لا يظهر الا بعد الولادة ولتخص هذا الفصل بالالتهابات الخلقية اى الحادثة في الرحم فنقول قد تكلم الاطباء من زمن طويل على اندفاعات كثيرة شوهدت في بجلد الطفل وقت ولادته ومعظمهم بل كلهم يعتبرها من الداء الزهري مع انها في الغالب ليست منه فلذلك نجد في كتب الامراض الزهرية امثلة من هذه الالتهابات الجلدية الخلقية وذكر القوابل شيأ منها في كتبهم ايضا فن ذلك اطفال ولدوا ومعهم داء الحصبة وذكر فوجيل انه شاهد في مولود اثر الحصبة عند الولادة وشاهد دوجيس امثلة كثيرة من الالتهابات في المولودين ميت الولادة وقال المؤلف رأيت في مولود اريتجا على شكل صفائح صغيرة غير منتظمة مبذورة في محال مختلفة من الجسم ومنظرها يمكن موافقته لمنظر الحصبة وقد سبق للمؤلف في بحث الفقد الخلقي للجلد امثلة مهمة للالتهابات والتفرح في هذا الغشاء من الاجنة وذكرت هنالك فقد جلد الجنين في بعض الاحوال ونذكر هنا للموضوع الذي نحن بصدده اعنى الالتهابات الجلدية الخلقية وشاهد ايضا اصابة الجنين في البطن بالجدري فمن ذلك مثال ذكره جنير وكان موضوع المشاهدة طفلا من قرية يقال لها ولمنجريم وكان الجدري تسلمن في القرية فلقح جنير لام هذا الطفل وهى حامل به في سادس يوم من شهر ربيع سنة ١٨٠٨ فولدت في الحادى عشر من شهر جوين اعنى الشهر الافرنجى الذى يلى الاول فكان على سطح جسم مولود اندفاع مبتدأ من الجدري ثم في اليوم الثانى من الولادة عرضت له بثور جدريه واضحة وبعد ثمانية ايام من ولادته مات الطفل بالتشنجات قال المؤلف وقد رأيت بلوندره في الصحف القشرية بحية للطبيب كوبر بمارستان جوى جنينا جيدا الحفظ في الكوول وجميع جسمه مغطى بثور جدريه واضحة وذكر الى قصة هذا الجنين وهى عظيمة الاهتمام صحيحة

وذلك ان شابة عمرها ست وعشرون سنة اصببت بالجدرى مدة كونها
 حاملا حملا ثانيا لها وكانت في الشهر الخامس من الحمل وظهور العلامات
 المقدمة لهذا الداء فيها كان في ٢٨ من شهر اووت سنة ١٨٠٥ عيسوية
 واندفاع البنور كان يوم الثلاثاء منه ثم دخلت هذه المرأة في بيت التداوى العام
 في اليوم الثاني من سبتمبر اعنى الشهر التالى للاول وكانت البثور كثيرة مجمعة
 كأنها كلها اثمرة واحدة على الوجه والذراعين ومتفرقة على الجذع والاطراف
 السفلى حيث تشاهد بارزة محاطة بدائرة حمراء وكانت اعراضها العامة
 هي التي تعجب في العادة الجدرى فروعيت بدوام اطلاق بطنها وتعاطى بعض
 مركبات افبونية وشرب المشروبات الباردة المحمضة ثم مضت مدة الداء وبعد
 التشنج بنحو عشرة ايام دخلت المرأة في النقاهة وتيسر لها المشى واحست
 بحركة جنينها مرتين او ثلاث مرات لكن بعد ذلك لم تحس بحركة اصلها وفي اليوم
 الثامن والعشرين من شهر سبتمبر المذكور ولدت جنينا يظم على حسب
 شكاه وجمه انه ابن ستة اشهر ويقرب للعقل انه مات من زمن ما لانه ازيل منه
 جلد بطنه ويديه وظهرت فيه علامة التعفن وشوه على ظهره ومنكببيه وسيا
 على الجزء العلوى من نخذه حيث كان الجلد محفوظا بعض بثور جدرية متبيرة
 جيدا تعرف بجوافيها المستديرة البارزة قليلا وبمركزها المنضغط
 واما المشية فلم يبحث فيها

ويظهر ان هذه المشاهدة مهمة بالنظر لشيئين فانها من جهة تدل على اتصال
 اى عدوى امراض الام الجنين ومن جهة اخرى على امكان ظهور امراض
 في الاجنة داخل الرحم شبيهة بامراض البالغين او الاطفال بعد ولادتهم
 وعندنا امثلة اخرى شبيهة بذلك ولا حاجة لنا لان نذكر هنا اسماء الامراض
 الجلدية الخلقية التي شاهدها المؤلفون وانما نقول لك قد وجدت حالة مهمة
 من البمفيجوس الخلقى شاهدها لوبستين بمدينة استربرغ وغلط دوچيس
 في جعلها من الداء الزهري واذا علمت ما سنذكره من صفات الامراض الجلدية
 سهل عليك ان تنسب الامراض التي تشاهد في المولودين الى الرتبة والجنس

والنوع

والنوع المنسوبة له وعلاجهما علاجا مناسباً

الفصل الرابع

في الالتهابات الجلدية التي تظهر بعد الولادة

معظم المؤلفين لم يطيلوا الكلام طويلاً كافياً في شرح الالتهابات الجلدية في المولودين وفي الرضع مع انها كثيرة ومعرفتها مهمة حتى لا تختلط بالذات الأفريقية الخلقية التي تظهر كثيراً على شكلها ولما نظرنا الى كثرة الرتب والاجناس والانواع التي جعلها المؤلفون ولا سيما ولان وباطمان لتلك الالتهابات الجلدية ورأينا فيها تعسراً ظاهرياً وضعنا السهولة دراستها طريقة كالتي جعلها الامر للنفيس على رتب النباتات المعروفة واجناسها وطوائفها ومن المعلوم ان هذا الماهر الطبيعى وضع للنباتات المعروفة اقساماً متتابعة بحيث يأخذ الناظر لها من جلتين متخالفتين الجملة الواقعة للموضوع المبحوث فيه فيجد ثمرة توصله الى حل اخر متعارضة وهكذا حتى يصل الى الثمرة التي تعطيه بالضبط شرح الموضوع المطلوب ويعرف منه رتبته وجنسه ونوعه ثم اذا نادى تنبع هنا تقريرا سيرا نحو ذلك في ذكر التهابات الجلد فلاجل ذلك نذكر صورة جداول تبصر من اول وهلة فيها الصفات المتعارضة للرتب والاجناس من التهابات الجلد ورتبها على حسب ترتيب ولان وباطمان مع التنوع الجديد الذي حصل فيهما من الطبيين ريبوبييت واذا نظر اليه القارى يجد علامات ونمرا تحيله الى جداول متتابعة حتى يصل على التدرج الى صفات الرتبة والجنس للمرض المشاهد بالبصر وامانوعه فيؤخذ من الشرح التام للأمراض المذكورة المخصوص بها الكتاب الثانى من هذا المؤلف ونعني وفافا للطبيب ريبير بالتهاب الجلد كل مرض يوصف في ابتدائه بتراكم دم في قسم من اقسام الجلد اوفيه كاه ويحصل عقب ذلك تحلل تام وتقرش او افراز مرضى او تقرح او تيس او غير ذلك من التغيرات التي تصاب بها بنية الجلد ولكن هذا الفصل مشتت على جدولين احدهما للاجناس والثانى للانواع وهما وجدول الاجناس التي تتميز باعتبار صفاتها الظاهرة

الجدول الاول
في اجناس الالتهابات

١ الالتهابات الاجزئية
صفات * احمرار يختلف شدته ناتج من تراكم مرضى للدم في سعة مختلفة من الجلد مع انتفاخ اوبدونه ومع عدم وجود ازوار ويزول عادة بضغط الاصبع ويرجع بزوال الضغط وينتهي بالتحلل او الغيبوبة اوالتقشر (انظر هذه الالتهابات في حرف ا في الجدول الثاني)

٤ الالتهابات البثرية
صفات * مرتفعات قطرها من نصف خط الى ثلاثة خطوط وتكون في الغالب محدودة وغير شفافة ويحيط بها غالباً بالاهالات ملتهبة وتكون مكونة من صديد راسب بين البشرة والجسم الشبكي وتنتهي غالباً بالانحسار او بالتقرح او التيبس (انظرها في حرف د من الجدول الثاني)

٥ الالتهابات الحولية
صفات * مرتفعات صغيرة صلبة مستديرة يختلط لونها بلون الجلد وفيها مقاومة ويصعبها الكالان تختلف شدته وتنتهي عادة بالتحلل اوالتقشر النخالي واحياناً بقروح صغيرة (انظرها في حرف هـ في الجدول الثاني)

٢ الالتهابات النفاحية
صفات * احمرار يختلف شدته في سعة مختلفة من الجلد يسبقه او يصعبه اورام صغيرة مكونة من تراكم مصل اوامدة مصلية صديدية متراكمة بين البشرة والجسم الشبكي الملتب ولكن الصفة الحقيقية لها هي انها اورام مائية شفافة غالباً (انظر هذه الالتهابات في حرف ب من الجدول الثاني)

٣ الالتهابات الحوصلية
صفات * حوصلات شفافة مكونة من مرتفعات اي نتوات صغيرة مصلية اصغر حجماً من الفقاعات ناتجة

<p>٩ التهابات الغنغريزية</p> <p>صفاتها * احمرار في الابتداء تختلف شدته والتألم منه قلة وكثرة ثم يصير بنفسجيا ثم قانما ثم مسودا قليل الالم او عديمه وينتهي سرعيا بموت جزء من الجلد يختلف عظمه (انظرها في حرف ط من الجدول الثاني)</p>	<p>٦ التهابات الدرية</p> <p>صفاتها * مرتفعات او اورام صلبة محدودة بطول مدتها وتكون اكبر حجما من الحلمات وتنتهى بالتحلل او التيسر او التقيج الجزئي او التقرح (انظرها في حرف و من الجدول الثاني)</p>
<p>١٠ التهابات الحرقية او البردية</p> <p>اي الناشئة من الحرق او البرد</p> <p>صفاتها * احمرار وتغيرات في المنسوج مشابهة للصفات العامة في الاجناس الاخر من الالتهابات ويظهر من اوجهها اصناف تختلف في الشكل والمنظر وتطهر عادة من افراط الحرارة والبرودة (انظرها في حرف ي من الجدول الثاني)</p>	<p>٧ التهابات القشرية</p> <p>صفاتها * مرتفعات ونكت حمر وتنواتها متسعة وملحها فيه بعض صلابة وتغطي دائما بقشور او صفائح من البشرة المتغيرة وتتفصل دائما عن سطح الجلد (انظرها في حرف ز في الجدول الثاني)</p>
<p>١١ الافات الزهرية</p> <p>صفاتها * احمرار مختلف وتغير في الجلد يعسر نسبته لشكل من الاشكال الاعتيادية للالتهاب وهي داآت عسرة الشفاء وتميل على اللدوام للتقدم وللظهور ثانيا وتشاهد في المولودين حيث يقبلوا ذلك من الامهات المصابات بها (انظرها في حرف ك من الجدول الثاني)</p>	<p>٨ التهابات الدمية</p> <p>صفاتها * احمرار محدود او تقول ورم صلب اكبر حجما من الدرنات يظهر في المنسوج الخلقى تحت الجلد وفي داخل خلايا الادمة فيلمب تلك الاجزاء ويكون محدودا مؤلما عند اللمس ويحجبه ثخن ثم التهاب في المنسوج المذكور وينتهي غالبا بالتقيح وخروج ام القيج منه (انظرها في حرف ح من الجدول الثاني)</p>

هذا وقد استقنارتبة ذكرها بليار وسماها التهابات الخيطية وجعل صفاتها
انها خطوط حجر منفصلة عن بعضها قليلة الشدة تتبع احيانا التهابات اخر
وتظهر في الجلد هيئة تقاسيم خيطية وقال في الجدول الثاني لالا انواع ان
الالتهابات الخيطية تقاسيم خيطية قليلة العمق تظهر عادة في عمق ثنيات
الجلد او قرب الفوهات الطبيعية للجسم وذكر ان انواع ذلك هي الشقوق
ولقد تبع بليار في ذكر هذه الرتبة الطبيب رير في اول طبع له كتابه الذي
في امراض الجلد وقد رجع رير عن ذلك في الطبع الثاني الذي طبعه بعدموت
بليار فاسقط هذه الرتبة بالكلية وجعل الشقوق والفالج متعلقة بالامراض
التي نشأت عنها كالاريتيميا والاجزما والحزاز والابسر يازس والداء الزهري
وغير ذلك وهذا اقوى من الاول واذا وصلنا لشرح الشقوق مثلنا ذكرها
استطرادا وتبعالا انها نوع مخصوص من هذه الالتهابات
وها هي انواع تلك الاجناس في جدول ثان

الجدول الثاني في الانواع التي لتلك الاجناس

(١) الالتهابات الاجزتيماوية

٢ لون احمر قائم في الجلد مع انتفاخ	١ نكت جرقطرها من بعض
في المنسوج الخلوى تحته لا يكون	قرار يبط الى جلة كثيرة وليس معها
لا يكون هذا الاحمرار على هيئة	انتفاخ في المنسوج الخلوى الذي
صفائح صغيرة بل يكون واسعا محدودا	تحت الجلد وحيانا تكون كثيرة العدد
لا بانتظام وبشغل باستواء جزأ ما من	بحيث يسبب عنها عوم اللون الاحمر
الاطراف او الجذع او الوجه ويصعبه	للجلد وهذه اول درجة لالتهابات
غالبا حى واعراض التهاية ومخية	كثيرة جلدية ويظهر عادة هذا الاحمرار
والاحمرار قد يغير موضعه فلذلك	البرهى على الاعضاء التي تلامس
يسمى انتقاليا او بعلموه قاطات ويسمى	في الغالب البول والغائط
حينئذ بالجرمة النفاطية وقد يصل	(وهذا النوع هو الاريتيميا انظره
الالتهاب للمنسوج الخلوى فينتقم	في فهرسة الكتاب الثاني)

ذلك

ذلك المنسوج ويسمى ذلك حينئذ
بالجرة القلغمونية وقد تتكون
خشكريشات وتسمى حينئذ بالجرة
الغنغريسية وقد تترشح الاطراف
وتسمى حينئذ بالجرة الاوذيمايوية
(انظر مجت الجرة في الكتاب
الثاني)

٤ نكت بارزة اكثر انتقاعا
من لون الجلد المحيط بها وبهجها
اكلا ونظهر اولا على الاطراف ثم
على الجذع وتختلف كثيرا في الشكل
والعدد والسعة وهي تشبه النكت
التي تحصل من مس الثبات المسمى
بالانجرة ويندر ان يعقبها التقشر
(انظر انجرة في الكتاب الثاني)

٣ نقط صغيرة جرت تبدل حالابنكت
واسعة حمراء قرمزية مسنة جمة
حوا فيها ثم تستديم تلك الاجز تنبعا على
هذه الصورة فيكون الجلد محرقا جافا
قوى الاحساس خشن الملمس ويصير
اللون اقتم في المساء فيظهر كأن سطح
المجسم ملطخ بعصارة الثوت الشوكي
ولهذا النوع ثلاثة ادوار ودور التفرخ
ودور الظهور ودور التقشر والذي
يعقب هذا الداء هو الذبحة البسيطة
والذبحة الخبيثة (انظر قرمزية
في الكتاب الثاني)

٦ نكت وردية تتشكل باشكل
مختلفة ولا تبرز عن الجلد وتكون
اوسع واقل انتظاما من نكت الحصبة
ومنفصلة عن بعضها بمسافات كثيرة
واحيانا يكون شكل النكت حلقيا
وتكون اولا جرتها غامقة ثم تلبث

٥ الدور الاول يشاهد في اثناء
اعراض الذبحة او ذات الرئة وتولد نكت
صغيرة جرم مميزة عن بعضها تقرب
للاستدارة وتشبه قرص البراغيث
وتظهر اولا على الجبهة ثم الذقن ثم
الانف وهكذا ثم تسعي الى العنق

قليل حتى يصير وردية ويصحبها كلان
لا يمكن بدون تهيج ولا احتكاك
والالتهاب يكون اقوى انطباعا
بما في الارتياب ولا يعقبها في معظم
الاحوال تقشر وليست معدية (انظر
وردية في الكتاب الثاني)

والاطراف ويصحبها حمى وكلان
وحارة شديدة في الجلد
الدور الثاني * تظهر نكت اخرى
كانصاف دوائر تختلط بالاولى ويكاد
ان لا يحس الاصبغ فيها بسطح بارز
وتوجد فيما بينها اخلية من الجلد تبقى
حافضة لونها الطبيعى
الدور الثالث * يعرض بعد زوال
الاحرار باربعة ايام وخمسة تقشر
خفيف يعقبه اكلاان عظيم (انظر
حصبة في الكتاب الثاني)

(ب) في الالتهابات الفقاعية

٢ اورام متفرقة قليلة العدد مكونة
من انصباب سائل مصلى صديدي بين
الادمة والبشرة وتظهر على الاجزاء
التي يقع فيها احتكاك قوى ويصحبها
احمرار وحارة واذا فتحت سال منها
سائل كدر
(وذلك هو ما يسمى بالفقاعات انظره
في الكتاب الثاني)

١ فقاعة واسعة بدون هالة يسبقها
احمرار بسيط ارثيماوى ويتلوها دائما
تعرية الجسم الشبكي الملتهب وتقع
تختلف كثرته واحيانا افراز غشائي
الشكل مسبب عن التنفط
(وذلك هو ما يسمى بالنفاطة انظره
في الكتاب الثاني)

٤ فقاعات صغيرة فاعدها ملتهبة
وتكون قليلة العدد مفرطة مملوءة
بسائل يكون اولا مضليا ثم يكثف
حالا ويصير مدما ثم يحف فيكون على
شكل قشور سوداء رقيقة او نائمة

٣ فقاعة واحدة او اكثر كبيرة الحجم
مصفرة شفاقة وظهورها قد يكون
في وقت واحد وتدرجيا وتنتهي بان
تتشر منها مادة لينفاوية تتجمد
فتكون على هيئة قشور صفراء او بوان

<p>عن الجلد والجلد الذي تحت هذه القشور فيه ميل عظيم للقرح ثم اذا قرح تصير تلك القروح ضعيفة ونشاهد في الأشخاص الضعاف الردى التغذية وفي المخنزرين (وذلك هو ما يسمى روبا انظره في الكتاب الثاني)</p>	<p>تقرح تقرحا سطحيا وتكون تلك الفقاعات في الغالب مستديرة ومسبوقة بنكتة واحدة او نكت حمر ترتفع عن الجلد قليلا والهالات المكونة من دوائر النكت الاريتماوية تزول مدة نمو الفقاعات واما الجلد فلا يلبث التهابا عميقا ولا يكون له ميل للتقرح العميق (وذلك هو ما يسمى بالبمفيجوس الحاد والمزمن انظره في الكتاب الثاني)</p>
	<p>٥ حوصلات و فقاعات ملتهبة محاطة بدوائر حمر تظهر بالاكثر على جانب الجذع وتكون على هيئة نصف حزام ويحصل منها اكلان شديد ثم تنفتح وتقرح وتغطي بقشور صفراء ومسودة (وذلك هو ما يسمى بالمنطقة انظره في الكتاب الثاني)</p>
(ج) الالتهابات الحوصلية	
<p>٢ حوصلات صغيرة قريبة لبعضها وتكون في الغالب مبيضة وظاهرة جدا ويصحبها احمرار وتوتر في الجلد وتنتهي بامتصاص السائل المحتوية عليه او ينزقها حينئذ تخرج منها مادة مصلية تختلف كثرتها والجلد</p>	<p>١ حوصلات كرية شفافة مملوءة بسائل عديم اللون اوليوفي وحجمها كحب الدخن وتظهر بجلا او صررا تختلف في العدد على اجزاء مختلفة من الجسم ويصحبها تخيل ويفصل بينها خلل يكون الجارفة مما يجلسا لالتهاب</p>

لا يمتد إلا في الخلايا التي بين الحوصلات التي يتكون منها كل صرة وهذه الصرر الحوصلية ~~تتكون~~ غير منتظمة أو مهينة إلى دائرة أو كليل (وهذه هي التي تسمى بالقوبا انظرها في الكتاب الثاني)

يغطي بهشور سطحية مكونة من فساد البشرة وتجعد السائل المنفرز (وهذه تسمى اجزئاً انظرها في الكتاب الثاني)

٣ حوصلات معدية خالية من الحمى مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ولونها يكون أحياناً قليل الوضوح شفافاً في رأسها ويصحبها أكالان شديد يلزم الشخص بالاحتكاك على الدوام وتظهر بالأكثر في ثنيات المفاصل (وهذه تسمى بالجرب انظرها في الكتاب الثاني)

٤ حوصلات مبيضة لؤلؤية في حجم حبة اللدخن تظهر بعدد كثير في حالة وبائية ويصحبها حمى والتهاب معدى معوى واضطراب عظيم وعرق كثير نتن وتهيج شديد في الجلد (وذلك هو ما يسمى بالنقط الدخنية أو العرق الدخني انظره في الكتاب الثاني)

(د) الالتهابات البشورية

١ تحصل الحمى مدة أربع عشرة ساعة أو ثمان وأربعين ويصحبها اعراض تهيج معدى معوى ثم بعد ذلك تظهر نكت صغيرة حمراء مستطيلة مسطحة كأنها إذا لمست حبة مفرطجة ويتكون في مركز كل نكتة حوصلة بارزة تحتوي على خلط عديم اللون أو ليموني ثم بعد ذلك حالاً تلتب قاعدتها وتنحجر ويحلفها قشرة صفراء ثم تلك الحوصلات قد تكون مخروطية

٢ بعد حصول اعراض الالتهاب المعدى الرئوى المعوى الذي يدوم يومين أو ثلاثة تظهر بشور تكون أولاً محددة الرأس ثم تصير سرية لكن على التدريج وتكون تارة متفرقة وتارة مجمعة وعند ما تنكسب شكلاً سرياً ويصير مركزها متقيحاً يحمر الجلد وينتفخ انتفاخاً عظيماً ثم بعد ثمانية أيام أو عشرة تبدأ البشور في الجفاف وتغطي بهشور مضفرة أو مسودة

أو كرية أو سريّة والغالب أن تكون
مدة هذه البثور ستة أيام أو ثمانية
ولم يكن للبثور الأشكال واحد
في جميع ادوارها فهي دائماً كما قلنا أما
مخروطية أو كرية أو سريّة
(وهذا يسمى بالجماق انظره في الكتاب
الثاني)

وبمدسقوطها يشاهد على الجلد نكتات
مستديرة لونها مسمر محمر ثم آثار
تختلف في الانتظام ويعرض أحيانا
تلب أي سيلان لعاب كثير والغالب
أن مدة هذه البثور من اثني عشر إلى
خمس عشر
(وهذه تسمى بالجدرى انظره في
الكتاب الثاني)

٣ بعد أن يلقح في الجلد السائل
المأخوذ من البثور التي تظهر في انداء
البقر يشاهد فيه بعد ثمانية أيام
مرتفعات محمرة تظهر فيها حلا سائل
يكون أولا شفافا ثم مكدرا وينبعج
مركزا وتلتب قاعدتها ثم يتحول
السائل المحتوي عليه إلى قشرة مسمرة
تفصل في اليوم الثاني ويحلفها اثره
(وذلك هو ما يسمى بالجدرى الملقح
أو البقرى انظره في الكتاب الثاني)

٤ بعد أن تدخل المادة المعدية
البقرية في جلد شخص لقعوا من
الظاهر أو أصيبوا سابقا بالجدرى
يشاهد في ذلك الجلد بثور مستديرة
حوافها ممهدة أي مفرطحة وغير
متساوية وغير منتفخة وتحتوى
في مركزها على خلط أصفر صاف وتلك
البثور يعقبها ~~ا~~كلان غير مطاق
في اليوم السابع أو الثامن ويتكون
بعدها قشور تنسقط بدون أن تبقى بعدها
أثرا

(وهذه تسمى بالجدرى البقرى
الكاذب انظره في الكتاب الثاني)

٥ بثور عريضة مرتفعة ذات
قاعدة صلبة مستديرة ولون احمر زاه
وتكون في الغالب منفردة وتظهر على
التتابع في محال مختلفة من الجسم ثم

٦ بثور تتكون يبطى في وسط تيس
محمر وأحيانا بنفسجي ويشاهد
ظهورها على الخدين والجهة والاتف
وأحيانا تكون مختلطة بنقط صغيرة

تغطي حالا بقشور مسجرة مخينة ملتصقة يتكون تحتها اثره او قرحة وتترك غالباً بعد هاتين سامتينا ونظهر على الخصوص في الأشخاص الضعاف (وهذه تسمى اكتيا انظره في الكتاب الثاني)

سود مَكُونَة من تغير في الاجربة الوجهية واحيانا يزيد تيس جلد الوجه بحيث يحدث فيه انتفاخ ولا تغطي هذه البثور بقشور اصلا وتجف غالباً بدون تقرح (وهذه تسمى كويروز اعني البثور الخاصة الوردية انظرها في الكتاب الثاني)

٧ بثور صغيرة سطحية تنتشر بدون انتظام على فروة الرأس حيث تنسلطن فيها وحدها وتكون اولاً رطبة غير منتظمة ثم يتلو هذه البثور قشور سنجابية او مسجرة ليس في مركزها انبعاث اصلا وتوجد غالباً قطعها منتشرة في وسط الشعر فاذا تراكت القشور وجفت صارت صلبة والتصقت جدا بالشعر المختلط معها ويندر انتقالها باللمس اى فلا عدوى فيها (وهذه تسمى بالسعفة الجبوية انظرها في الكتاب الثاني)

٨ بثور صغيرة على هيئة صرغير منتظمة وتظهر على الوجه وفروة الرأس ويخرج منها بكثرة خلط يلوث الشعر ويلصقه وتكون اولاً مبيضة قليلة البروز ثم تتزق وتكون محاطة بصفايح حر النهائية ويخرج منها سائل اصفر او مخضر يتحول الى قشور رقيقة صفراء تمتد بواسطة تراكم الخلط اللزج فيها حتى يتكون منها احياناً هيئة برقع (وهذه تسمى بالسعفة المخاطية انظرها في الكتاب الثاني)

لكن هذه السعفة المخاطية والتي قبلها اى السعفة الجبوية ليس لهما صفات مخصوصة غير صفات السعفة الحقيقية اذ ليسا مَكُونَيْن من بثور شديدة ولا ينتقلان بالعدوى فهما صنفان من الامبيجوس كما سيأتى لنا في الكتاب الثاني

٩ تظهر اولاً في الراس صغيرة عديدة جهر
ترقع قليلاً عن الجلد ثم تغلب الى ثور
صغيرة صغر تقطع رؤسها حلاً بثور
ملتصقة بها جذا مستديرة بدون
انتظام وتكون اولاً صفراء ثم تصير
مسيرة وداًماً منبججة من رؤسها وهذه
البثور ~~تكون~~ تارة منعزلة وتارة
متراكمة وتناهد بالاصغر في فروة
الرأس وقد تظهر في اماكن مختلفة من
الجسم وينتشر من القشور راتحة
كرمية اذ ارفع وتوجد تحتها سلوخ
صغيرة حمرة عدسية سطحية ويمكن ان
يحصل منها اذا طالت مدتها آفة
الثعلب اى سقوط الشعر كلالاً وبعضها
وسينتكلم على هذا الداء في امراض
الشعر في الكتاب الثاني
(وذلك هو السعفة الشديدة انظرها
في الكتاب الثاني)

١٠ صر ومستديرة من ثور صفر
صغيرة على فروة الرأس مرتفعة
في وسط نكت جهر ملتبة وينفذ من
مركز البثرة في الثعلب شعر ثم يكثف
الخلط الذي في البثور ويتكون منه
قشور يكون الجلد تحتها احمر ملتبها
ويمتد الالتهاب الى انايب الشعر
ويسقط ذلك الشعر احياناً غير انه
يخرج بعد ذلك واما القشور فلا تكون
محفورة من مركزها والخلط الذي
يسيل من البثور يكون دأماً معدياً
ويقلع على التوالي اجزاء مختلفة من
جلد الجمجمة ينتقل الداء اليها من
اصابع المريض
(وتسمى هذه بالسعفة الحلقية انظرها
في الكتاب الثاني)

١١ ثور حادة الرأس تظهر على
جلد الذقن وتتفصل عن قاعدة حمراء
شديدة ثم تارة تظهر هذه البثور
بالكلان خفيف وبعد ذلك تظهر نقط
حمر ثم تأخذ في البروز ويبيض رأسها
لكن يندر ان تجاوز حجم جبة الدخن
فاذا اتمزقت البشرة رشح منها ما يتكون

١٢ ثور صغيرة مجتمعة ومتفرقة
تظهر على اجزاء مختلفة من الجسم
ولاسيما الوجه وفي الابداء تكون نكتاً
صغيرة حمراء تظهر في مركزها ثور
صفر ليست حادة الرأس ويصحبها
اكلان شديد وتزق بعد خمسة ايام
او ستة فيخرج منها خلط اصفر يحف

منه قشرة قليلة الالتصاق ويحصل
بهذه الكيفية اندفاعات كثيرة متتابعة
فيشاهد الذقن وجوانب الرأس
مغطاة بهذه البثور التي تجتمع الى
صبرر وتوسع قواعدها وتسمك وتزيد
قشورها لكن لا تكون سمكة اصلا
ولاشدide الالتصاق والنسيج الخلوي
تحت الجلد يلتب ويصير احيانا مجلسا
للقلغم في عظيم الاهتمام بمنظره الاحمر
الشديد
(وذلك هو ما يسمى متاجر اى البثور
الذقية انظره في الكتاب الثاني)

(٥) التهابات الحليمة

١ ازرار صغيرة عديدة صلبة الملمس
معتمة حمراء او مبيضة تظهر اولا على
الوجه ثم على الاطراف وسيما في
الاطفال الرضع ولا تتحول ابدا الى
بثور ولا الى قشور ولا الى قروح الا انها
قد تترك احيانا في محلها تزهرا خفيفا
يعقبه احيانا كالان عظيم وقد تكون
قليلة متفرقة مختلطة بنكت او اريتيا
اي احمرار او فتشير بعدد كبير في جميع
اعضاء الجسم
(وهذه تسمى استروفولوس انظره في
الكتاب الثاني)

٢ حلقات صغيرة قد تعسر مشاهدتها
احيانا والغالب ان تكون حادة الرؤس
يايسة الملمس ولا تحتوي على صديد
ولا مصل ويعقبها احساس متعب
وسيما في الليل ويمكن ان تبقى زمنا
طويلا وتمتد للوجه والى اجزاء
مختلفة من الجسم ويشد ان يعقبها
اعراض حية وتكون متفرقة
او مجتمعة في اصول الشعر فاذا تمزقت
جاز ان يقرز منها خلط يتجمد الى
فلس صغيرة رطبة وكثيرا ما يصاحبها
حوصلات او بثور وتعرف طبيعة

الداء دائما بوجود حلمان بجوار
القلوس
وهذه تسمى بالحزاز انظره في الكتاب
(الثاني)

(و) الالتهابات الدرقية

١ حذبة واحدة او حذبات كبيرة
الجسم مفرطه بارزة حمراء مسمرة كالحبة
تنتهي بعد جملة اشهر اوسنين بتقرح
يفرز صديد المختلط بدم وية يكون
من تحمده قشور ملتصقة بما تحتها
صفراء متينة والتقرح يمتد في العمق
وتبقى حوافه صلبة غير مستوية
ويغطي على الدوام بقشور نسقط بعد
ذلك بنفسها
(ويسمى ذلك لو بوس اي داء الاسد)

٢ حذبات متفرقة تبقى زمنا طويلا
غير موجعة ثم تكون مجلسا لآلام
واخرة ثم تصير بنفسجية وتتقرح
وتكون حوافي القروح منقلبة صلبة
او فطرية ويسيل منها صديد مدم
وتتشر منهارا ثم مخصوصة بها
(وهذه تسمى بالسرطان انظره في
الكتاب الثاني)

٣ حذبات كثيرة عديمة الالم
كالحبة واحيانا يكون لونها كلون الجلد
وتظهر بالاكثر على الاطراف وهذه
الحذبات تتقرح احيانا وتغطي بقشور
ملتصقة يتكون تحتها آثار التهابية
والاعضاء التي تظهر عليها هذه
الحذبات تكسب حجما يختلف عظمه
(وهذه تسمى داء القيل الروماني انظره
في الكتاب الثاني)

(ز) الالتهابات القشرية

<p>٢ صفائح قشورية تكون مستديرة أصلاً ولونها محمر وتكون أولاً صغيرة قليلة البروز ثم تأخذ في الاتساع والارتفاع لكن لا تبرز حوافها أبداً ولا ينبعج مركزها ثم تتكون بعد ذلك إلى أزرار صغيرة حمر مجمعة إلى صرر وينسدر إن تكون منعزلة وتتضاعف بسرعة ويكون لها سطح محدود بدون انتظام وتختلط ببعضها وتظهر في أجزاء كثيرة من الجسم لكن بالأكثر في الجذع والوجه والرأس والتهاب المنسوج الشبكي يوصل للقشور لونها غامقاً وأحياناً تكون هذه القشور منبثقة ولا تحاط أبداً بآثره فحاسية (وهذه تسمى إبسريازس انظره في الكتاب الثاني)</p>	<p>١ صفائح قشورية تكون في الغالب مستديرة ولونها مبيض وتكون أولاً قليلة البروز تشبه وربقات صغيرة ثم تنسع وترتفع وتبرز حوافها المحاطة بدائرة حمراء وأما مركزها فينبعج ثم بعد ذلك تتحول إلى أزرار صغيرة حمر صلبة مجمعة مع بعضها ولا تصير بثرية قط فإذا كانت بسيطة منعزلة أخذت في الاتساع وتتابع وتضاعفت وتبقى دائماً حافظة لمظهرها المبيض المتفلس وشكلها المستدير وتغطي جزءاً أو أكثر من أجزاء الجسم لكن يظهر أنها تكون بالأكثر في محاذاة الأجزاء الباردة والمفاصل (وهذه تسمى بالجذام انظره في الكتاب الثاني)</p>
--	--

٣ نكت صغيرة حمر خفيفة تغطي بقشور سطحية تنصل على الدوام إلى قطع صغيرة وقد تكون أحياناً صديدية ويختلفها على الدوام قشور جديدة بشرية والمجلس الاعتيادي لهذه القشور هو فروة الرأس (ويسمى ذلك بثر يازس انظره في الكتاب الثاني)

(ح) التهابات الغنغرينية

<p>١ قد يحصل عقب لدغ حيوان من الحشرات او وخز آلة من الآلات التي تقتل الحيوانات ورم او ذيماوى في جزء محدود من الجلد ويظهر في مركز هذا الورم كدم صغير بنفسجي بارز قليلا يتكون تحته تيس عدسى يحلقه حالاهالة جمرآة معتمة فيما تظهر غنغرينا الاجزاء التي تحت الجلد والفساد العميق فيما وفي مدة سير هذا الفساد يهزل المريض ويضعف ويحصل له غشى متكرر ويموت في مدة بعض ايام بل بعض ساعات (وذلك هو ما يسمى بالبثرة الخبيثة انظره في الكتاب الثانى)</p>	<p>٢ الاطفال الذين فيهم الدورة بطيئة والوجه والاطراف بنفسجية اللون باردة او ذيماوية يشاهد فيهم أولا في ابهام الرجلين وفي اصابع اليدين ثم في اجزاء اخرى من الجسم احمرار معتم بدون انتفاخ موضعي ثم يسمر الجلد ويحجف ويتكشر وينتهي حاله بان توجد فيه جميع صفات الغنغرينا والطفل في مدة سير هذا الداء تضعف حياته فيتنفس بعسر ويصبح مع نعب وتوجد فيه جميع العلامات المقدمة لموت مسبب عن اختناق بطى (وهذه الحالة تسمى بغنغرينا المولودين انظرها في الكتاب الثانى)</p>
---	---

(ط) التهابات الحاصلة من البرد والحرارة

<p>١ يحصل في الجلد من فعل الحرارة او الكاويات اريثما او حمة او قشاعات او حوصلات او غنغرينا (انظر حرق في الكتاب الثانى)</p>	<p>٢ يحصل من البرد على الاعضاء البعيدة عن مراكز الدورة اريثما مع احتقان في المنسوج الخلوى وقشاعات وشقوق وغنغرينا (انظر التجلد الالتهابى في الكتاب الثانى)</p>
--	---

(ي) التولدات الجلدية الزهرية اى المباركية

بعض انواع الامراض الجلدية التي ذكرناها قد تتصف بصفات الداء المبارك والمعروف هو ان الاندفاع يكون تابعا لاعراض اخر مباركية اى زهرية ويستعصى على المعالجة التي تقاوم بها الامراض الجلدية البسيطة ويميل

على الدوام لان يسعى ويتفرح ويكون منظره فحاشيا مخصوصا وينقاد
لاستعمال الزينق والمعرفات وغير ذلك من المستحضرات المحقق قوتها عليها
في الداء المبارك ويظهر في الاحوال التي هي جدية بان يظهر فيها الداء
المبارك

ومع ذلك هنالك امر ينبغي اعتباره وهو ان اكثر ما يتصف في الغالب بصفات
الداء المبارك من الامراض الجلدية هو النكتة الابرتية او البثور والحملات
والدرنات ونقول من جهة اخرى ان اكثر ما يعرض من الاعراض التي
تحصل من استعمال الزينق هو الآفات الجلدية بحيث يعسر جدا الشخص
والتمييز بين الاندفاعات الجلدية الزهرية والاندفاعات الزينية فلا يلزم ان يشدد
على الطبيب في ان ينتبه غاية الانتباه للبحث في الامراض الجلدية التي توجد
في المولودين وان نراي انهم يحتاجون في ايضاح تشخيصها للاحوال المذكورة
المخصوصة بكتب اسباب الآفات التي دعي لمعالجتها فيهم وطبيعتها ونموها
لان صفاتها التشريحية تختلف كثيرا بل في الغالب غاشية للطبيب ولا تكفي
لاستناد حكومته عليها كذا قال بليار وقال اولفير هذه الاعتبارات معقولة
ومؤكدة بالمشاهدات الاتية التي ذكرها الطبيب ريج في كتابه في امراض
الاطفال وقال في هذا الكتاب ايضا مانصه هناك مرض مهم يحصل
في جلد المولودين جديدا ومفتة حصول حالة خاصة في البشرة وهي انفصالها
بادي لمس من الاخص واهامي الرجلين وراحة الكف والاصابع بل واحيانا
من جميع سطح الجسم وقد شاهدت مرة واحدة فقط هذه التعرية العلامة لجلد
طفل ولد عند تمام اشهره وكان ممتلئا بالحياة واما التعرية الخاصة باليدين
والرجلين فقد رايتهما كثيرا وكان من الواضح لي في جميع الاحوال ان الام كانت
مصابة بالداء المبارك لمدة حملها وهؤلاء الاطفال الذين اصابوا بهذا الداء
لم يعيش احد منهم اكثر من اربعة ايام او خمسة فيهم وان ولدوا بعد تمام اشهرهم
الا انهم كانوا ضعافا سقاما وبعد ان تعرت فيهم الاجزاء من البشرة التيب
ومن اجتماع هذا الحالة الانتهائية مع ضعفهم اختصرت حياتهم وحصل لهم

الموت ثم قال الطبيب بروج ولا ادري طبيعة هذا الداء ولقد شاهدت ان هذه الحالة التي في جلد الديدن والرجلين قد يصحبها اندفاع بثور في اجزاء مختلفة من الجسم تختلف بالذات عن بثور الجدرى في الشكل والمنظر وانما تشبه كثيرا بثور الجدرى البقرى فهو اليوم الثاني عشر والثالث عشر من الاندفاع ثم لم يمسر ابدا ان اعرف ما الذى تعلق بطبيعة وسير هذه الاجرتيما حتى تسبب عن ذلك سرعة موت الاطفال المصابين بهذا الداء الغريب انتهى ثم قال اوليغير ومن فتح الرمة يتضح ولا بد سرعة موت هؤلاء الاطفال مع ان الظاهر ان هذا الطبيب لم يبحث في رمتهم التي هي بنوع هذا الايضاح ولو فعل ذلك لتكلم عنه واما طبيعة الداء فلا يشك فيما يقتضى حالة الام مدة الحمل في جميع الاحوال التي شاهدها ومن الواضح ان هذه الآفة الجلدية كانت من الداء المبارك فطبيعته التي كانت مجهولة للطبيب بروج قد عرفت وبقي نوع هذا الداء الزهري مجهولا يلزم التفتيش عليه فلو ادعى هذا الطبيب جهل هذا النوع بدل الجهل بطبيعة الداء من اصله لكان اوفق واحسن وسند كرامنا في امراض الجلد ونستوفي الكلام على شرحها وجميع ما يتعلق بها في الكتاب الثاني ان شاء الله تعالى

الفصل الخامس

في امراض الاجربة الدهنية الجلدية

الاجربة الدهنية الجلدية في الاطفال المولودين عظمية النمو وقد شرح بيلار جيدا هيأتها ومواضعها في الجلدية بالنسبة لغيرها من الاجزاء المركبة له في رسائل ومؤلفات مخصوصة وهي عظمية البروز في الوجه والصحن وقابلة لان تحتقن وتنفخ فيكون منها بروز يكون مركزه في الغالب مسودا ويسمى هذا الداء في كتب العرب بالبثور الابنية قال في الاسباب والعلامات في شرح البثور الابنية قد ينتشر على صفحة الانف والوجه بثور بيض كانها نقط لبن اذا عصرت خرج منها شيء شبيه بالسمن المنعقد انتهى وتسمى في كتب الاووبيين بالمرقعبات الجراية لكونها مكونة من تلك الاجربة وانا ضغط عليها خرج من

مركزها ما ينسبه ام القيج وربما ظن انه دودة وهذا الداء نتيجة فساد في الاجربة
 والتهاب فيها ويكون في الغالب قليل السعة ويزول بالتقدم في السن ولا يستدعي
 علاجا مخصوصا ومع ذلك اذا وجد من هذه الاجربة عدد كثير فانها تكون غالبا
 مجلسا لا كلان شديد فيلزم ان يغسل الجلد بغسلات ملطفة وتستخرج ام القيج
 منها المحوية في تلك الاورام بالضغط او بواسطة ابرة وذكر في الاسباب انها تعالج
 بغسل الوجه بالمحلات فان كفي والاضمد بكل ما فيه تجفيف وتحليل كالخرق مع
 نصفه ابرسا يتخذ منه لطوخ ويزر الكتان مع الورد والشونيز بالخل فان لم يكف
 ذلك ضمد برما د الكرم مذوقا بالخل ويصح ان يعتبر الرشح الصديدي الذي يحصل
 في بعض محال من جلد الاطفال وسيما خلف الاذن تغيرا في افراز الادمة التي
 سطحها خال من البشرة فتفرز على الدوام سائلا يتجمد على هيئة قشور مصفرة
 وذلك الرشح حالة جيدة في الغالب لصحة الاطفال لانه علم من التجربة انه اذا زال
 دفعة لم يلبث الحال قليلا حتى تعرض اعراض ثقيلة كالتهاب المخ او الرمد
 او نحو ذلك فيلزم ان يقتصر على تنظيف الاعضاء المتقيحة وتعالج بحرقه او قتيك
 ناعم كذا قال بليارسنذكر في تشخيص القيضان الدهني عن ريبر
 ما يقدح في ذلك

وقد يحصل في هذه الاجربة مرض يسمى القيضان الدهني وذلك لان من المعلوم
 ان الجلد يفرز منه بالطبيعة مادة دهنية اذا دلكت على ورقة حصل منها فيها
 ما يحصل من النحوم وتحترق بشعلة بيضاء ويبقى منها بعد الاحتراق بقية خفيفة
 فتعني بالقيضان الدهني الزيادة المرضية لهذا الافراز

الاعراض * هذا الداء وان جازان يظهر في اى قسم من اقسام الجسم الا ان
 اكثر مشاهدته في الانف والحواجب وفروة الرأس حيث تشهد الرطوبة
 الدهنية الاتية من الاجربة كثيرة بالطبيعة والفالب كونه مقصورا على
 هذه الاقسام لكن قد شوهد في احوال نادرة امتداده لمعظم الجسم وله
 درجتان احدهما انه اذا مر بالاصبع على سطح الجلد المصاب وجد لطيف
 المس دهني فان كان عليه شعر وجفت هذه الرطوبة الخلوية تكون منها ومخ

مسمر واما الجلد الذي يكون محملا لذلك فلا يظهر فيه احمرار ولا تغير وفوهات
الاجربة لا تكون اوضح مما في الحالة الطبيعية ومع ذلك قد تحس المرضى
احيانا ببعض وخز وآلام في المحل المصاب لكن ذلك نادر ويزعلون
من مراعات غسل اقمهم وجبهتهم وجوانبهم دائما اذا كانت مجلسا لذلك
ليزول منها هذا الطلاء الدهني الكريه المنظر والدرجة الثانية نادرة وهوان
تغطي تلك الاعضاء بطلاء اصفر في قوام ومنظر صملاح الاذن والجلد يكون
منتفخا دهنيا حول هذا الطلاء الخثلي ورطبا في بعض محال منه وفي بعض
المحال يكون قوام المادة كالشمع الاصفر ويمر في سطح هذا الطلاء خطوط
تقسمة الى اجزاء اذا انفصلت من السطح بعارض ما او استعين على سقوطها
بالضمايدات المرخية او الانسكابات البخارية ظهر الجلد تحتها احمر مبذورا فيه
نقط هي الفوهات المتسعة للاجربة ثم بعد بعض ساعات يغطي بطلاء جديد
كالاول وتستشعر المرضى في الجلد بوخزات مؤلمة ويندر ان ينتهي هذا الداء
من ذاته ومدته في الغالب طويلة ككاشهر بل سنين ويرجع احوادا
في المحل الواحد

الاسباب * هو نادر في الاطفال وكثير في الشباب وهو في الاناث اكثر من الذكور
وبالجملة فهو داء نادر وربما وجد مع الاوجاع العضلية وهو ليس بجد
التشخيص * اذا كان الجلد المصاب بهذا الداء دهنيا ولم تحبف عليه المادة
لم يشتبه الداء بغيره اما اذا جفت وصارت طبقة مصفرة فانها قد تشبه بقشور
الاكتيوزس والاجزما القشرية والبتريازس ونحو ذلك فاما الاكتيوزس
فيكفي ان يتذكر انه مرض في الغالب خلق يعم جميع اقسام الجسم ويقل ظهوره
في الوجه ولا يكون معه الحم ولا احمرار في الجلد ولا يكون دسم اللبس وفوهات
الاجربة لا تكون واضحة واما الاجزما القشرية فيسبقها دائما رشح مصلى
يرفع البشرة بخلاف الطلاء الشمعي فانه يرسب على السطح الظاهر للجلد واما
القشور الخالية للبتريازس فلا يمكن اشتباهها بالصفائح القشرية الواسعة التي
للطلاء الشمعي ولا يشتبه هذا الطلاء في الكبار بالطلاء المبيض الشمعي الخثلي الذي

يشاهد في بعض المولودين جديدا واعتبره ريبر رشحا صديديا وان كان
مثله يكثر في الاربيتين والابطين وخلف الاذنين وعلى فروة الرأس وفي جميع
المحال التي تكثر فيها الاجربة الدهنية غير ان هذا الطلاء طبيعي غير معصوب
بالم وقد امر واكثره فيهم فترك القلنسوة الدهنية التي تجف على فروة رؤسهم
بعد الولادة بزمن ما لكن منع ذلك ريبر وقال انه لا يوجد في جميع الاطفال
ولا يحصل من عدم وجوده اوارالته عوارض اذاروى حفظ جسم الاطفال
من البرد والرطوبة وقال بليار اذا ترك الطلاء الدسم لفروة الرأس ونفسه زاد سمكه
والتصق بالشعر وجف وتنشق ثم يتفصل قطعاً قطعاً على هيئة صفايح وقشور
وهذا مهما كان سمكه يمكن ازالته من رأس الاطفال بالغسلات والدلك
الخفيف والضمادات المرخية

الانذار والعلاج * قال ريبر قد شاهدت ان هذا الطلاء في الانف والخدين
وفروة الرأس استعصى على الانسكابات البخارية المائية والمسحلات وحصل
منه سقوط شعر كثير من الحواجب وبقي حتى لم يمكن ان تحدد مدته واحسن
وسائطه التي جربت لشفائه هي الانسكابات البخارية ومما نتج منه تساقط
نافعة اقله في الوقت الغسلات الشبية واستعملت فيه قوابض اخر كالغسلات
الزحليلة ومطبوعات العفص والبستورنا ومنقوع الورد فلم تنفع بشئ واما
المسحلات فيلتجأ اليها في معظم الاحوال عند الامر باستعمال الحمامات
البخارية

ثم ما عدا هذه الآفات السابقة قد يحصل في تلك الاجربة ما يسمى بالاورام
حقيقية وتنشأ تلك الاورام الجريمية من تراكم المادة الدهنية في الاجربة
فتوزعها وهي التي تسمى عند العرب بالعقد والغدد وتكون شحمية وعسلية
وصديدية ودهنية وتشبه بالاورام الكيسية وتظهر في اى جزء من الجسم
يحتوى على اجربة واكثر مشاهدتها في فروة الرأس والوجه والظهر وهي
رخوة عديمة الالم غير متغيرة جلدها ومادتها كاللبن المتجمد غالباً وتكتسب ريحا
تتأذات عند ذلك جدران الاجربة والتهبت التهاباً عارضياً وقد يوجد مع المادة

بعض شعر ولعل باطمان شرح هذا الداء مسمى مولوسكوم حيث قال فيه
 هودرنات عديدة قليلة الحساسية تظهر يبطئ وتختلف أقطارها من حبة
 جلبان الى بيضة حمامة وتحتوى على مادة صديدية وشكلها يختلف فيها
 ما يكون عديم العنيق وكريا او مفرطعا ومنها ما يكون ذاعنق ولا يحصل
 من نموها الفخرام في الجسم وليست قابلة للالتهاب ولا للتقرح وانما تبقى مدة
 الحياة انتهى وبعضهم حزم ان ما يسمى يوليبيوس القناة السمعية الظاهرة
 انما هو نمو مرضي في جراب صملاخي والغالب ان هذه الاورام تكون متضاعفة
 وتظهر دائما يبطئ ومتتابعة وصلبة غير متموجة واقل صلابة من الاورام
 الشبيهة بالملح التي جذرائها متينة فيها مقاومة قوية عكس الاورام الجرابية
 ويندر ظهور هذه على الجذع والاطراف واسبابها مجهولة ويظهر احيانا ان
 فيها هيئة وراثية وتوجد بقل في الاطفال وتكثر في الشيوخ واما علاجها فهو
 انه اذا كانت فوهة الابرة متوردة ظاهرة ادخل ميل في تجويفها ثم يضغط
 عليها بعد اخراجه بدون ايلام فتخرج المادة التي فيها لكن لم تلبث قليلا حتى
 ترجع فلاجل تمام شفائها تنشق ثم تكوى او تستأصل واذا شقت شقا واسعا سهل
 استئصالها والالتهاب الذي يتبع العملية قد يعقبه شفاء تام واما الاستئصال
 فسهل اذا لم تكن قديمة جدا ولا كبيرة الحجم واذا فعل الاستئصال في فروة الرأس
 جازا ان يعقبه جمة ثقيلة ولذلك اختار بعض اطباء تركها ونفسها ولا يقرب لها
 بالآلة فاطعة خصوصا اذا كانت كثيرة العدد ثم ان هذه الاورام في فروة الرأس
 تختلف بعدم ايلامها وبصفات اخر عن الاورام الشبيهة بالملح وقد نيل شفاؤها
 بان يحمرض في باطنها التهاب قبيح اما بواسطة خزام او بمحقن مهيجة من العرق
 وهو الاحسن ويسهل كي هذه الاورام وسما التي في الاجفان سواء كان بالخص
 التريك او بزبدة الاتيون او البوتاسة السكاوية واما الربط فتادري في هذا النوع
 واما ما يسمى بالخصوات الجرابية فهو ان يبدل افرازا الدهني بكثرة صلابة
 حجرية فقد وجد مكمل في ولد صغير جميع الابرة الدهنية التي على الحرقفة
 ملوثة بخصوات صغيرة والجلد لما تغير صار جزامتها ووجد في طفلين من هذه

الخصوات جله في جلد الجبهة واصل الانف

الفصل السادس

في امراض المنسوج الخلوى

امراض هذا المنسوج ترجع الى التهابه وارتشاحه المصلي وقد يكون مجلسا لانصباب او ارتشاح دموى سواء في الاجزاء التي انضغطت من الطفل عند الولادة او في غيرها فيوجد الدم حينئذ مسكوباً بتبخير حقيقى دموى وهذه ظاهرة كثيرة المحصول كما سنشاهدها في الاحوال التي يحصل فيها انعسر في التنفس ودورة الدم وفي هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

في التهاب المنسوج الخلوى

قال بليار القلغمونيات والجرة مجلسهما غالباً في المنسوج الخلوى تحت الجلد وتكثر القلغمونيات في الاطفال الرضع وتفصل احباً ناسعة عظيمة من الجلد عن الاجزاء التي تحته فقد شاهدت طفلاً عمره شهران ونصف وجلد الجزء الجانبي الايمن من صدره انفصل عن ماتحته بسبب اصابته بالتهاب قلغمونى نشأ عنه تقيح كبير بحيث اتحل الطفل منه ومات انتهى

وشاهد اولفير خراجاً تحت الجلد في جنين له ثلاثة اشهر ونصف تقريباً عند ما كان يقش عن سبب اسقاطه وعند التقش كان التعفن واضحاً فيه مع كون جميع اعضائه معروفة ظاهرة وليس في شئ منها تغير وانما وجد قرب النصف الايمن من الامام للعنق ورم في حجم البندق لونه ابيض مصفر يخالف اللون المحمر لحيته وكان ذلك الورم رخواً متموجاً يمتد من قاعدة الفك السفلى الى المفصل القصي الترقوى الايمن فشق في طوله فخرج منه صديد متجمد مبيض بدون رائحة وكان موضعه تحت الجلد الذي بعد عن العضلات التي تحته ولم يتغير شئ من ذلك الجلد الذي هو امامه ولا ما حواليه ووجود هذا الخراج المصاحب لاندفاع الجنين قبل تمام اشهره مع عدم وجود غير ذلك من الآفات الثقيلة يحمل على ظن انه هو السبب للاسقاط لكن ذلك انما هو ظن وتخمين والاقل ليس هنالك

ما يبحث

ما يحقق ذلك وان لم يكن في الرحمة ثم يدل على ان ذلك حصل من حركات عنيفة
بادية وربما اختير ان هذا الخراج انما كان نتيجة فلقه وفي ظهر من نفسه
في الجنين المحوى في الرحم ومنها كان فهدايدل على ان المنسوج الخلوى
في الاشهر الاولى من الحياة داخل الرحم وان كان غير تام التكون يكون قابلا
لان يلتب ويجهز مواد تقيح شبيه بما يشاهد في الادوار المتقدمة في الحياة
داخل الرحم وفيما بعد الولادة

والخراجات التي كانوا يسمونها بالباردة اى العديمة الالم كثيرة الحصول ايضا
في الطفولية الاولى وتظهر خصوصا على الاطراف واذا اخذت في التقرح
اكتسبت حوافها الصلبة البنفسجية المقطوعة بانحراف منظرا كثيرا ما يظن
انه من طبيعة زهرية

والمعالجة البسيطة المضادة للالتهاب هي المناسبة للخراجات الفلغمونية الحادة
واما الباردة فيناسبها بعض اوضاع منبهة قليلا والضغط الخفيف والمخشكرات
والفسلات القلوية او الشبكية ولكن يلزم غاية الاحتراز في استعمالها واتباع
القواعد المستعملة في كتب الجراحة في هذا الموضوع ويلزم ان يبحث هل هذه
الخراجات عرض لامراض اخرام لا

والا وديما اى الالتهاب المصلى في المنسوج الخلوى في الاطفال المولودين
من المباحث المهمة في هذا الفرع فيحتاج لدراسة مخصوصة فلنخص ذلك بمبحث
كبير وهو الا تى على الاثر

المبحث الثانى

في اوذيما المنسوج الخلوى في المولودين جديدا اى تيبسه

يقال في العادة ان الطفل متيبس اذا انتفخت اطرافه او عظم وجهه وتلون بغير
لونه الاعتيادى ويستشعر عندهم مقاومة شبيهة بما يحصل من الضغط على
جسم يابس قبيس المنسوج الخلوى يعرف من اول الامر بمجرد اللمس
والتعبير بالتيبس مبهم والبحث في الجنة بعد الموت يزيل ذلك الابهام ويستدعى
تسمية ذلك بالاوذيما المتجمدة لا بالتيبس وقد انصف بعض اطباء هذه الازمنة

حيث شاهدوا ان تيبس المنسوج الخلوى صنفين احدهما تيبس المنسوج
 الخلوى الحقيقى وثانيهما تيبس المنسوج الدهنى الذى ذكره دوجيس ودينبس
 والوصول الى بيان هذا الصنف الثانى دليل واضح على تقدم معارفنا فى هذا الداء
 فعلى رأى الطبيين اندرى واوفيتى ان المنسوج الخلوى التيبس اذا شق بالمشرط
 يخرج منه كمية عظيمة من المصل المالى الممدد لخلاياه ويسيل منه بالضغط لكن
 يقال فى نفس المنسوج الخلوى الحقيقى يقطع النظر عن المصل الممدد له هل هو
 صلب حقيقة **ك**المحول الى منسوج كنسوج الشبكية او الى اسقيروس
 او هو منسوج شحمى جامد كانه صار مجلسا ونواة لاحتقان مزمن او صلابة
 مندملة تقول لاثنى من ذلك يقينا فانه لا يزال حافظا لجميع مرونته ورخاوته
 وخلوبته والى افاه لم يحصل فيها استحالة آلية ولم تزل فيها هيئتها التى هى
 شبكات وصفائح متصالية غير ان هذه الخلايا لما كانت متوترة جدا بالمصل
 ومملوءة فى الاطراف والجذع **ك**كمية عظيمة من السائل كان ملمس هذا
 المنسوج صلبا وليس فيه صلابة حقيقية ولم يكابد من التنوعات الا التمدد
 الميكانكى وبالاختصار هذه الصلابة انما هى باختيار حواسنا ومثل تلك الظاهرة
 يحصل اذا ملئت مثانة بالماء او الزيت بل او بالهواء فاذا تمددت جدا بشئ
 من هذه السوائل استشعر من لمسها بصلابة ليست فى الحقيقة موجودة
 فى منسوجها لانه اذا طرح منها ثلث ما فيها ونصفه صارت رخوة مخسفة
 وكذلك المنسوج الخلوى التيبس فى المولودين جديدا فانه يأخذ فى التيبس
 بحسب الظاهر شيئا فشيئا كلما تراكم المصل فى خلاياه فبالتحقيق ليس هناك
 تيبس فى المنسوج الخلوى فى المرض المسمى بذلك ويكون من الخطأ اتباع
 المتأخرين من المؤلفين فى هذه التسمية وما شاكلها كالاسقيروس الا وديماوى
 ونحو ذلك لانها تشعر بتحول فى صفات المنسوج مع ان ذلك غير موجود اصلا
 وقد قلنا فيما سبق ان التيبس الظاهرى لا طراف الجنين يصح ان يكون
 مجلسه المنسوج الخلوى او المنسوج الدهنى فاذا كان تيبس الجلد ناشئا من رشح
 مصل فى المنسوج الخلوى **ك**كانت الاطراف دائما منتفخة اى فيها بعض

زيادة في الحجم واما اللون البنفسجي في الجلد فيدل على الاحتقان الدموي في اعضاء مختلفة والعلامات الواضحة لقيضان الدم في القلب والرئتين والاورعية الغليظة هي عدم انتظام النبض ونعيب التنفس

وتبدس المنسوج الدهني يوجد مع رشع عام في المنسوج الخلوي تحت الجلد اوبدونه فالخدان والاليتان وبطن الساقين والظهر هي المجلس الغالب لهذا التبدس وهو يشاهد مع تكدر في الدورة والتنفس اوبدونه والغالب ان ذلك يحصل وقت اختناق الاطفال اى ضيق حنجرتهم عند الموت قال بليزر وقد رأيت ظهوره ايضا بعد الموت في جثة اطفال ماتوا بسرعة فاذا شرع المنسوج الدهني حيثئذ بالشرط وجد متينا يابسا كالشحم الحامد وبالاختصار يكون في قوام شحم الحيوانات المذبوحة ومن المعلوم ان المنسوج الدهني يمكن في بعض الاحوال ان يتجمد كذلك حتى في مدة الحياة اذا ذهبت منه الحرارة الحيوانية باى سبب كان

ثم ان ترشح المنسوج الخلوي الذي يسبب في المولودين التبدس الظاهري لاطرافهم هل يختلف عن اوديما الاطراف والجذع التي تظهر في بعض الاحوال مع البالغين ويظهر لسان هذه المسئلة مهمة يلزم تحقيقها فالطبيب بريشيه الذي يعتبر لهذه الاوديما طبيعة مخصوصة بها استعان بمعارف بعض مشاهير الكيماويين في عصرنا هذا وهو شفرول في تحقيق حالة المصل المرتشح في المنسوج الخلوي في الاطفال التيبسية وهما هي عبارة هذا الكيماوي الماهر حيث قال قد تحققت في الداء البرقاني المعسوب بتبدس المنسوج الخلوي في المولودين جديدا ان الدم مريض يوجد فيه جوهران ملونان لا يوجدان في دم الاطفال الجيدى الصحة او اذا وجد فيهما كانا بكمية ضعيفة وما عدا ذلك يوجد فيه ايضا مادة تعطى لمصله المنفصل عن الجوهر اللينى خاصة يتجمد من نفسه والقواعد الملونة توضع لنا لون المنسوج الخلوي النافذ فيه المصل فالمادة القابلة للتجمد من ذاتها في هذا المصل توضع لتاتيس المنسوج الخلوي اذا ثبت ان هذه المادة لا توجد في دم الاطفال الجيدى الصحة او كانت

توجد فيه بمقدار قليل جدا وسوى ذلك ان هذه المادة قد تجمد في المنسوج
الخلوى كما تجمد في المصل الذي استخرج من جثث الاطفال الذين ماتوا
بالتيس انتهى قال بليارولما قرأت ذلك ظهر لي فيه تأملان اولهما ان الطبيب
بريشيه جعل اليرقان وتيس المنسوج الخلوى مرضا واحدا ولم يعط لشفرول
الاطفالا كانوا في آن واحد تيبسين ومصابين باليرقان ولم يوجه هذا الكيماوى
مشاهداته بالاكثر الاعلى المصل الاصفر وثانيهما انه يوجد في كلام شفرول
هيئة تخمين او تشكيك فلسفى نشأ له من ضبطه وشدة قوته الحاكمة وذلك
انه لم يؤسس رأيه الاعلى ان تيس المنسوج ناشئ من القاعدة القابلة للتجمد
بنفسها التي في المصل ولقد عبر عن عدم جزمه بقوله ان هذه المادة هي السبب
لهذا التيس اذا ثبت انها لا توجد في دم الاطفال الجيدى الصحة وانها
قد تجمد في المنسوج الخلوى كما تجمد في المصل الذي يستخرج من جثث
الاطفال الذين ماتوا بالتيس ثم لا ينبغي ان يشتبه اليرقان بالرشح العام
في الجلد لان احدهما يوجد بدون الآخر كما يمكن ان يوجد معا فاذن يمكن
ان نعتبر المصل غير متعلق بالمادة الملونة التي يحتوى عليها احيانا

ولقد وضعت في جفنة كما فعل شفرول مصلا مستخرجا من المنسوج الخلوى
لاطفال متيبسين اى مصابين بالاوذيميا فرأيت ان هذا المصل تجمد بنفسه وبعد
تأكيد ذلك اردت ان اشاهد هل مصل الدم في الاطفال الجيدى الصحة يتجمد
ايضام لا فرأيت فيه حصول هذه الظاهرة ايضا وذلك انى اخذت جفتين
ووضعت في احدهما مصلا مأخوذا من منسوج خلوى لطفل كان جلده
متيبسا وفي الثانى مصلا مأخوذا من منسوج خلوى لطفل جلده غير متيبس
فصل التجلدي الجفتين في آن واحد وكررت مثل هذه التجربة المزدوجة
في مصل اصفر مأخوذ من طفل مصاب باليرقان ومصل اخر غير ملون مأخوذ
من طفل غير مصاب به فكانت النتيجة واحدة مثل السابق واستخرجت ايضا
مصل منسوج خلوى من رجل طفل عمره سنتان ومات بالتيفادى معوى
صار منه ممز ولا نحيلا واصيبت ساقاه بالاوذيميا فبعد ان سكن هذا السائل

في الجفنة نصف ساعة تجمد وشاهدت ايضا في مصل مأخوذ من جثة كبير مصاب بالاوذيمياومات بأفة قليلة انه تجمد بعد ست ساعات فهذا التجمد الذي حصل من ذاته ليس خاصة لازمة لمصل المنسوج الخلوى الذي يقال فيه انه تيبس وبموجب ذلك يكون الشق الاول الذي ذكره شفرول من كون هذه الظاهرة تقدم لتوضيح تيبس المنسوج الخلوى كما تمسك به بريشيه ليس مناسباً وتأمل الان في الشق الثاني وتنتظر هل هو احسن من الاول او نقول بعبارة اخرى لتنتظر هل يمكن ان المادة القابلة للتجمد بنفسها الموجودة في المصل تتجمد في المنسوج الخلوى نفسه ام لا فنقول

ان الحرارة والسكون يعينان على تجمد المصل الذي يوضع في الجفنة واذا حركت السائل الذي تجمد لم يلبث قليلا حتى يصير سائلا فاذن لا يصح ان نقول ان المصل الذي في وسط المنسوج الخلوى يحصل له هدو وسكون عظيم وعدم حركة حتى يتجمد فيه وايضا فان حرارة الاطفال المتيبسين تكون في الغالب منخفضة فينتج من ذلك ان الحرارة والسكون اى عدم الحركة اللذين هما اسباب معينة لتجمد المصل المستخرج من المنسوج الخلوى غير موجودين مدة الحياة في وسط منسوجات المولودين

وهناك طريق آخر في الاستدلال على ان هذا التكاثر لا يحصل في المنسوج الخلوى وذلك انه اذا علمت شقوق في الاطراف المرشحة من طفل امكن بادنى ضغط ان يستخرج من المنسوج الخلوى مصل يخرج قطعا كثيرة سائلة فاذا سال المصل بهذه الكيفية رجع للمنسوج الخلوى الذي احتقت به خلاياه وصار صلب المنظر لينه واسترخاؤه وزالت صلابة الطرف بعد ذلك الاستفراغ وقد اعدت هذه التجربة بنجاح تجاه شفرول في جنين مصاب في آن واحد باليرقان والتيبس وكان في جثته جميع الصفات التي كانت في جثة من عمل فيهم تجرباته الاول وما عدا ذلك عقلت جثة طفل متيبس من رأسه ليلة كاملة وفعلت في ساقيه وقدميه تشاريط كثيرة ففي اليوم التالي تغطت جيدا هذه الاعضاء المشروطة بندى من المصل سال بنفسه فاذن لو كان المصل متجمدا في اثناء

المنسوج المائي هو خلاياه لما كان مطيعا بهذه الكيفية لقوانين الثقل ولما سال هكذا باطلاق فتيج من هذه الاعتبارات كلها ان تبس المنسوج الخلو في المولودين ليس هو الا مجرد اوديميا مشابهة بالكلية لما يعرض للـ~~ك~~بنا والشيوخ المصابين باحراض الرئة او القلب او العروق ومن المعلوم ان اطرافهم المترشحة يظهر منها احيانا باللمس صلابة عظيمة جدا كصلابة اطراف المولودين فاذا كان الجلد مع ذلك ايضا شديد الحرارة في الاطفال فذلك ناشئ من الحالة الطبيعية للاحتقان المصاب به الطفل وهذه الاوديميا يجوز ان تصيب الاطفال في اى حالة كانوا لكن اكثر من يصاب بها الاطفال الضعاف والذين يولدون قبل تمام اشهرهم وتعرض غالبا في الايام الاولى من الولادة ويندر عروضها فوق الرابع والخامس وزعم بعض اطباء انها قد تظهر في سنه شهر بل سنة ~~ل~~كن يقرب للعقل انه اشتبه عليه الحال فشاهد مرضا آخر ظنه نيبسا في المنسوج كاللاوديميا العامة القوية التي شاهد هايدلوت والبردو الرطوبة يعينان عليها ومع ذلك كثيرا ما شوهدت في الربيع والخريف وغيرهما بل وفي شدة الحرارة

بقي علينا ان نبحث بالتدقيق عن الاسباب التي تنتج هذا التيبس في الاطفال وقد اختلف المؤلفون في بيان ذلك ومن غير النافع ان نذكر كالتخيل الغريب الذي ذكره اوزمبزيوس حيث ظن ان الامهات اذا شاهدن التاميل التي من الجارة مدة الحمل تأثرن من ذلك بحيث لا يلدن الاطفالا متيبسين وهذه خرافات لا تذكر وكذلك لا نطيل الكلام ايضا فيما ذكره البعض من ان ذلك ناشئ من عنصر دايغ قابض موجود في مياه الامنيوس وانما المهم ان تتأمل في التوضيحات المعقولة التي ذكرها فالطبيب ان درى ووافقتي يعتبر ان من الاسباب الرئيسة لتيبس المولودين تأثير البرد على اجسامهم فيقطع التنفيس الجلدي الغير المحسوس ويبطئ الدورة ويكتف السائل المائي والمصلي في المنسوجات وسيأتى لنا بيان بعض تحقيق في هذا الرأي الذي عارضه تروكون وقال ان البرد يقوى في الغالب الدورة ولا يبطئها ومعظم المؤلفين ولا سيما الحكماء هم جرموا بانها يوجد مع تيبس

المنسوج الخلوى احتقان والتهاب في الرئتين مع علمهم ايضا بانه يوجد في هذه الحالة احتقان ضعيف في القلب والاوعية الغليظة واما اوندروود فانه ذكر بياناً مبهما وهو ان ذلك حاصل من تأثير الهواء الفاسد على الطفل المولود ونسب الطبيب يوم هذا التيسس لیبوسة العضلات وبذلك يعرف انه جعل النهاية للداء علامة مصاحبة والطبيب باليطه نسب سبب ذلك لافعال من الكبد وبريشيه اعتبره نتيجة تراكم مصل منفصل من الدم على بعضه وانه مرض ناشئ من بقاء ثقب بوتال ويظهر ان الطبيب ليحير اختاران من اسباب هذا التيسس قله تنموا مجرى المعوى حيث يقرب دائماً لان ينقص طوله عن العادة في الاطفال التيسسين ثلاثة اقدم واماد ينيس الذي تكلم على هذا الداء كلامهما فانه تعمق جدا اكثر من سابقه في بحث الاسباب وتوضيحها فرأى ان هذا الداء التهاب حقيقى اى تهيج اشتراكى تابع لتهيج الجهاز المعدى المعوى وسمى ذلك فلغموى خلوى قال بليار وانا لا اقول بذلك ولعل دينيس انما تكلف هذا البيان ليقرّب لاصول الآراء الطبية الجديدة والطبيب بارون اعتبر من زمن طويل ان هذه الآفة كالاوزيميا اعنى مجرد رشخ مصلى في المنسوج الخلوى هو عرض لتكدوا مانع في سريان الدم في القلب والرئتين والاوعية الغليظة

فهذه عموماً هي الآراء العظيمة الاعتبار الذي ذكروها في طبيعة واسباب تيسس المنسوج الخلوى ولنعرضها على المشاهدات حتى نعلم موافقتها او عدم موافقتها فنذكر جملة من الامور الواقعية ونستخرج منها نتائج نخدم لمعرفة ما يعول عليه من الاسباب وطبيعة الداء وعلاجه لان هذه الكيفية هي الطريقة التي نوضح بها هذه الاختلافات لما ان علم المشاهدات هو الذي يقوى الآراء وبرجحها فقد دخل في سنة ١٨٢٦ عيسوية لبيت الاطفال الملتقطين ياريس ٥٣٩٢ طفلاً مات منهم في قاعات الطب والجراحة وقاعة الراحة التي توضع فيها الاطفال وقت دخولهم ذلك البيت ١٤٠٤ منهم ٧٧٧ ماتوا في قاعات الطب تحت مراعاة الطبيب بارون ومنهم ٢٤٠ ماتوا

بالاوديميا اى تيبس المسوح الخلوى في قاعات المرضى وفي قاعة الراحة وهما هو
تقسيم هذا العدد على حسب اشهر السنة الاخرى ان دخل في قاعات المرضى

١٥	جنفيير
١٥	فوريير
١٦	مارس
١٨	افريل
٢٢	مايه
٣	جوين
٤	جوليت
١٤	اوت
١٠	سبتمبر
١٦	اكتوبر
٢٩	نوفمبر
١٥	ديسمبر

والاطفال المتيسون الذين لم يدخلوا في قاعات المرضى

٢٤٠

فبمقتضى ذلك يشاهد ان اوديميا الاطفال لا تحصل في الشتاء فقط فيضعف
بمقتضى ذلك توضيح اوفيتى الذى ذكره لهذا الداء حيث اعتبره نتيجة تكاتف
النساء المصليات بالبرد فاذا قلنا عدد دجلة الاطفال المصابين بالتيبس اى
الاوديميا مدة الاشهر الرئيسة للصيف بعدد المصابين مدة الشتاء نرى ان الفرق
نحو النصف ولا يستنتج من هذا الحساب النتيجة واحدة وهى ان الداء يكون
في الشتاء اكثر من الصيف ولذلك دخل في قاعات الطب مدة شهر جنفيير
وفريير ونوفمبر وديسمبر اربعة وسبعون طفلا متيسون اى مصابون بالاوديميا
ولم يدخل في مايه وجوين وجوليت واوت الثلاثة واربعون لكن لا تنس
ان الامراض عموما تكون في الشتاء اكثر من الصيف وبمقتضى ذلك

لا يستغرب

لا يستغرب من ان تيبس المنسوج الخلوي يكثر في كلا الفصيلين نعم عدم الاتباء
للطفل ورطوبة ملابسه يعينان على برده سيما وحرارته يسهل انخفاضها جدا
كما ثبت ذلك ايدواروا اذا اضيف سوء اللبن والرضاعة الصناعية لشدة هذا البرد
ضعف الطفل من ذلك وتقصت حرارته وقبل ان نبعث عن الاعضاء التي تكون
في الغالب اكثر اصابه بالامراض مدة هذا الداء وبعده نبعث اولاً على مجلس
المرض وظهوره وسيره فقول

معظم الاطفال الذين ذكرناهم كان عمرهم من يوم الى ثمانية ايام ومنهم من جاء
وقت الولادة ويظهر ان معهم هذه الاوزيميا من ذلك الوقت وهذا تحقق سابقا
عند اطباء الذين كتبوا على هذا الداء وفي معظم هؤلاء الاطفال بل كلهم
كان الجلد ملونا بالحمرة التي هي اللون المخصوص للمولودين جديداً اعني قبل
ان يظهر فيهم البياض ومعظمهم لم يبتدأ فيه تقشر البشرة او انما ابتداء عند
ظهور الاوزيميا ولم تكن تلك الاوزيميا في الجميع بدرجة واحدة فبعضهم
تيبس فيه على التتابع الاقدام والايدي والاطراف والاقسام العانية والظهر
والوجه وبعضهم كانت في جميع اجزاء جسمه بدرجة قوية وبعضهم لم تكن
الا في قدميه ايديه او ساقيه والتيبس الجزئي كثير الوجود جدا وقد شاهد
المؤلف ظمور هذا الداء بعد دخول المريض في قاعات المرضى ببعض ايام
وتيبس المنسوج الدهني قد ينضم ايضا الاوزيميا المنسوج الخلوي لكن الغالب
ان يوجد الاول غير متعلق بالثاني

واما سير الداء فليس فيه انتظام ولا يوجد له دور ثابت وليس له ظاهرة مخصوصة
تعلن بتخلله وانما تؤخذ اصنافه وتنوعاته من درجات شدته التي هي الظاهرات
المهمة للملاحظة ففي الاوزيميا العامة كما يوجد المنسوج الخلوي الذي تحت
الجلد مرشحا بالمصل يوجد ذلك السائل ايضا منتشرا في اجزاء اخر من الجسم
قال بليار كثيرا ما شاهدت المنسوج الخلوي الذي تحت البريتون والذي
في الجباين القاسمين في الصدر والصفيرة المشجية مرشحات بمقدار كثير من
المصل انتهى واما بالنظر للحالة الظاهرة للطفل وتكدر بعض وظائفه كحالة

التنفس والصباح الحاد وبرد الاطراف ونحو ذلك فلم اشاهد فيها شيئا زائدا
 فجميع هذه الظاهرات شاهدها المؤلفون جيدا وشرحوها وبيان لنا سردها
 ثم قال بليار واما الظاهرات التي تعصب اوديميا الاطفال فاكثرها هو البرقان
 شاهده في ثلاثين طفلا وما وجدت في واحد من هؤلاء ولا في غيرهم آفة في عضو
 ثابت يمكن ان تستخدم لتوضيح هذا الاختلاف ولا تطيل الكلام في الاسباب
 التي تنتج عادة من برقان المولودين جديدا فانها مسئلة تستدعي تأملات
 مخصوصة فلنؤخرها الى محلها الآتي وانما يكفي هنا ان ننبه على ان احد
 هذين المرضين اعني اوديميا المولودين وبرقانهم قد يوجد بدون الاخر وان احدهما
 ليس سببا ولا نتيجة للآخر وبموجب ذلك لا يصح دخولهما في باب واحد

بقي علينا ان ننظر في تأثير آفات الكبد في تولد الاوديميا قال بلياروها ما شاهده
 في هذا الموضوع وذلك ان في تسعين طفلا متبسمين قمعت جثثهم مع غاية
 الانتباه لم اجد في الكبد حالة مرضية الا في عشرين فعشرة كان معهم احتقان
 دموي قوي جدا وكان الدم المالح لهذا العضو اسود سائلا وكانت الاوعية
 الغليظة البطنية محتقنة ايضا وفي بقية الجنة ايضا احتقان دموي عام وخمسة
 اخر كان الكبد فيهم سهل التمزق محتقنا جدا والصفراء مخضنة تقرب ان تكون
 متجمدة واربعة اخر كان لون الكبد فيهم ضاربا للزرقة والعضو نفسه متينا
 يقاوم المشروط والطفل المكمل للعشرين كان معه التهاب بريتين واحتقان
 في الكبد وانصباب مصلي دموي في البطن فلا يمكن ان يستنتج من هذه
 المشاهدات ان السبب الاعتيادي لاوديميا المنسوج الخلوي هو الاحتقان
 الدموي او سهولة التمزق او الالتهاب في الغشاء البريتوني او في نفس جوهر الكبد
 لاني وجدت هذه التغيرات التي ذكرتها في كثير من الاطفال الذين ليس معهم
 هذا التيبس كالم اشاهدها في كثير ممن معهم هذا الارتشاح المصلي

والتهاب الرئتين او احتقانهما احتقانا دمويا عده الطبيب هلم من اسباب
 هذه الآفة الاوديمياوية بل يقال انه رأى كثير من مشاهير اطباء اليوم ولا سيما
 الطبيب باليطه بايطاليا فانه نسبته لتنفس غير تام في بعض المولودين قسما

عن ذلك عدم كفاية الحرارة الناشئة وترتب على ذلك خدر وسبات وبرد جليدي
 في الاطراف وتيبس في المنسوج الخلوي فيكون هذا التيبس عرضا لضعف
 الرتين ولقد اردت تحقيق ذلك من المشاهدات فبحثت في حالة الرتين في سبعة
 وسبعين طفلا معهم هذا التيبس ففهم ثلاثة واربعون كانت رتهم في غاية
 السلامة والاربعة والثلاثون الاخر كان معهم حالة مرضية في الجهاز التنفسي
 يختلف تغلظها في اثني عشر منهم وجد احتقان وامتلاء رئوي وفي ستة وجد
 في رتهم تكبد تام اربعة منهم في الرئة البنية واثنان في الرئة اليسرى وفي ثلاثة
 التهاب بلوراوي رئوي وفي الباقي مجرد احتقان ضعيف في الحافة الخلفية
 للرتين وخصوصا حافة الرئة البنية ويكفي لتحقيق ضعف تأثير هذا الالتهاب
 في تولد الارشاح المصلي في النسيج الخلوي وضعف ما قاله الطبيب فلم ان توجد
 اسئلة من التيبس اى اودى بالمنسوج الخلوي للمولودين بدون ان يكون هناك
 التهاب رئوي او احتقان رئوي مصاحبه له وسمى الطبيب والكس تيبس
 المنسوج الخلوي بالاسفكسيا البطيئة للمولودين وزعم ان هذه التسمية
 على رأيه توضح طبيعة هذه الآفة واسس على رأيه المعالجة بالاستفرغات
 الدموية الكثيرة والمداومة عليها بالنسب لكون قد علمت ان مشاهدات
 بليارت ثبت انها لا تكون دائما نتيجة تكدر في الجهاز التنفسي فاذا جعل ذلك
 سببا لها على الدوام كان انكار الماهو واضح البيان

ولنجحت الآن فيما قاله بريشيه وهو ان التيبس ناشئ من بقاء ثقب بوتال وذلك ان
 في السبعة والسبعين طفلا الذين ذكرتهم اربعين كان هذا الثقب منسدافهم
 بالكلية وعمانية وعشرين كانت القضاة الشريانية نفسها ضيقة جدا بحيث
 لا يتأتى خروج الدم منها فسقط بذلك توضيح بريشيه فاذا وجد ثقب بوتال
 مفتوحا في كثير من الاطفال التيبسين فماذا لا يكون هذا التيبس يصيب
 بالاكثر الصغار جدا بحيث لم يعض عليهم عند ظهور الاودى من كاف الحصول
 للتغيرات التي تعرض في القلب والقضاة الشريانية لتتم الدورة وينسد الثقب
 والقضاة المذكورة فالظاهر انه ليس هذا الارتباط بين هاتين الظاهرتين

قال بلينا زخم اخذت في قياس القناة المعوية من طفل متيسر لأننا كد صحة ما قاله
 ليحيى من كونه وجد هذه القناة في الاطفال المتيسرين اقل طولاً مما في غيرهم
 فلم اجد ما قاله صحيحاً ما لكون مشاهدتي ليست جيدة وهذا بعيدا وان المصادفة
 لم تسع في مشاهدة ذلك كما اسعفت هذا الطبيب وبالاختصار يظهر لي ان الفائدة
 في معارضة ذلك قليلة الاهتمام واذا اعتمدنا في اراءنا على مجرد تعداد الامور
 الواقعية ولم نراع فيها الاعتبار التي تؤخذ من التعقل ومن التجربة امكن
 ان نقول كما قال دينيس ان اكثر ما يوجد من الافات التي تعجب تيسر المنسوج
 الخلوي هو الالتهاب المعوي واختار الارتباط الذي جعله هذا الطبيب
 بينهم غير انه لا يضح لنا ان نقص مراقبنا على عدد الامور الواقعية فقط وانما نراها
 بميزان العقل والتأمل حتى ~~ت~~ وننتجتها صحيحة مقبولة غير منازع فيما في
 السبعة والسبعين الذين جعلتهم عرضة لمشاهدتي كان في خمسين منهم التهاب
 في الطرق الهضمية يختلف شدة وسعة لكن ينبغي ان تعلم ان آفات اعضاء الهضم
 في المولودين جديدة اكثر من آفات غيرها من الاعضاء واغلب الاطفال الذين
 يموتون في بيت المتقطين يكون موتهم بهذه الالتهابات وان اودعنا المنسوج
 الخلوي قد توجد بدون ان يكون معها التهاب في القناة الهضمية ولا تانس ايضا
 ان تيسر المنسوج يكثر في الشتاء وهو زمن تدر فيه الالتهابات الهضمية
 الكثيرة الوجود في الصيف الذي هو زمن يكون التيسر فيه قليلا وهذه
 الاعتبارات كافية ولا بد لمنع ارتباط هذين الداءين ببعضهما وبها يضعف رأي
 دينيس

والذي ينبغي الاهتمام بذكره هو ان معظم الاطفال المتيسرين يوجد فيهم احتقان
 دموي عام عظيم الاهتمام فالدم الوريدي يتسلطن بالاكتر في منسوجاتهم
 والقلب ~~يكون~~ داءا محتقنا بالدم والاعوية الغليظة مملوءة به واذا شرحت
 جثة طفل مات بثلث الصفة سال الدم من كل جهة على حد المشروط وكون هذا
 الاحتقان العام ناشئا من كثرة السائل الدموي في الجسم اعنى من امتلاء
 دموي خلقي اولى من كونه ناشئا من مانع مضاف في جزم من الاعوية المعدة

لسير الدم وايضا ترى الجلد عظيم الاعتبار بحفافه المفرط بحيث يظهر انه لم تنفس من سطحه شئ من الرطوبات فيكون باسما متورعا على المنسوج الخلوى المحقق بحيث يظن انه يوجد في تلك الحالة تكدر واضح في الدورة الشعرية وان المنسوج الخلوى الذى هو كما قال الفسيولوجيون مجلس لافراز تنفسي اى تجزى **كـ** يجرى يحصل له في الحالة المذكورة عوائق تمنع ممارسة هذه الوظيفة بانتظام وذلك اولان مواد افرازه تصل اليه بكثرة مفرطة لان الدم محقون حيثئذ في جميع المنسوجات وثانيا ان حالة حفاف الجلد ومنع التنفيس الجلدى بل ومنع التجيز الرئوى ايضا جميع ذلك يمنع اطلاق سيلان الرطوبة فتقف في خلايا المنسوج نفسه الذى نشأت منه فتحدث من ذلك الاوذىما الى سموها بتيس المنسوج الخلوى

وهناك امر يقوى هذا رأى الذى يجعل الاوذىما المذكورة نتيجة قطع التنفيس الجلدى وهوان هذه الاوذىما تزول سريرا بالدلكات المهيجة على الجلد كالدلك بزيت البابونج المكوفرو بعض الصبغات ونحو ذلك واذا لف الطفل المتيس في خرق من صوف مسخنة توضع مباشرة على الجلد وجد الطفل في اليوم التالى مغمورا في تنفس جارى كثير بحيث يصير احياانا على هيئة بخار سميك وتزول الاوذىما اى التيس حيثئذ كلا اوبعضا قال بليار ولارى اختيارا ما قاله دينيس من ان هذا الداء التهاب في المنسوج الخلوى لان التهاب هذا المنسوج يحدث سهولة تتمزقه ويسبب سريرا افراز صديد كثير يعرف بصفته المخصوصة به مع ان ذلك لا يحصل في الاطفال الاوذىما وين فلا تكون اطرافهم في العادة مجلسا لاورام ولا التهابات

استنتاجات عمومية * اذا تبنا طريقة التفصيل والتحليل التى اوصى بها العالم الشهير نيل في دراسة الظواهرات الحيوية واختيرت في الطب الجديد ايضا نرى ان القواعد الاتية هى التى يغلب على الظن صحتها فالاولى هى ان تيس المنسوج الخلوى للمولودين انما هو مجرد اوذىما مشاهبة لاوذىما **كـ** بار ويصح ان تكون موضعية او عامة ويلزم دائما ان تميز عن

تيس المنسوج الدهنى

والثانية ان هذا الداء يكون فى الشتاء اكثر من الصيف ويكون فى المولودين جديدا اكثر من الاطفال المقدمين فى السن ويكون سببه المهيم له اولا عائق فى سير الدم ناتج من كثرة فى الجهاز الدورى وثانيا احتقانه فى المنسوج الخلوى الذى يجهز هوله كثيرا من مواد الافراز وثالثا تأثير الجلد من الفاعلات البادية التى توقف التنفيس الجلدى بدون ان تكف السائلات المصلية فبذلك تعين على تراكم المصل فى المنسوج الخلوى واما الاحتقان الدموى فى الكبد والرئتين والقلب وبقاء الفوهات الجينية منفحة او انسدادها فليست اسبابا وحيدة لازمة لهذه الآفة فتهتبر هنا ظاهرات مصاحبة او احوالا تابعة لداء يمكن ان يوجد بدونها كما يشاهد ذلك كثيرا فى التيس اى الاوذى الموضعية

الثالثة اذا كانت الاوذى عامية ووصل الاحتقان المصلى الى درجة زائدة جاز ان يحصل فى كل جزء من اجزاء الجسم يوجد فيه منسوج خلوى تكدر فى الوظائف التى تتم فيه فلذلك يصير المزمار اوذىما ويا وتصير الرئة مع ذلك ايضا مجلسا لاحتقان شديد فيكون صياح الطفل دائما شاقا حادا مخنقا ويسهل ان يوضح يطفى الدورة برد الاطراف والضعف والهبوط الذى يقع فيه المريض وربما وضح به ايضا بعض الاعراض الاخر التى ذكرها المؤلفون وستأتى

الرابعة ان الوسائط العلاجية التى تستنتج من الاعتبارات السابقة هى اولا ان يقاوم الامتلاء العام ببعض استفرغات وثانيا ان ينبه الجلد بالدلك والروحات المهيجة واستعمال خرق الصوف والاستعانة بجميع الوسائط المخصوصة بارخاع التنفيس الجلدى واما الاستحمامات البخارية التى وضع لها يلبوت جهاز ارجيل الاختراع فى بيت الاقطاء فلا ينتج منها على حسب تجربات الطبيب بارون تسايخ نافعة كمنع الدلك بالصوف ووضعه على الجلد اذ تنفس الطفل مسددة ممكنة فى حمام البخار قد يكون احيا نا متواترا شاقا وشوهد انه حصل عقب استعمال هذه الاستحمامات احتقانات دموية وانصبابات

في الرثين او المخ

فهذه هي المستنتجات التي تستخرج طبيعة من الاعتبارات والملاحظات المذكورة في هذا البحث ثم نتم الكلام بذكر امر ينبغي التنبيه عليه وذلك انهم من مدة طويلة نسبوا كثرة موت المولودين الذين حملوا الى بيت اللقطاء لتيسر المنسوج الخلوى ونظن ان ذلك غلط فانه كثيرا ما يوجد مع هذا الداء آفات في المخ او الرثين او القناة المعوية مع ان هذه اتقل واطروا كثيرا هلاكا من الاوذ بما كان عدد من مات من الاطفال بهذه الاوذ بما ي تيسر المنسوج الخلوى بدون ان يوجد مع ذلك آفة ثقيلة في بعض الاعضاء بلغ في سنة ١٨٢٦ عيسوية خمسين وها هو بيانها في دفتر الموتى بالمارستان

٨	جوليت	٥	جنفيير
٢	اوت	٢١	فوريير
٤	سبتمبر	٢	مرس
٨	اكتوبر	٣	اقريل
١٣	نوفمبر	٥	ميه
٤	ديسمبر	٤	جوين

واكثر من دخل المارستان من الاطفال المتيسين كان في شهر ميه وشهر نوفمبر وكان موت معظمهم وخصوصا في الشهر الاخير باقات ثقيلة جدا في اعضائهم وسيا الرثة لا من الاوذ بما ي تيسر المنسوج الخلوى

فاذا كانت الاوذ بما موضعية او كانت عامة لكن قليلة الوضوح لم يلزم اعتبار هذا الداء مهلكا ولا يصير كذلك في الحقيقة الا اذا سبب اودام او تضاعف بافة في عضوم من الاعضاء الرئيسة للحياة وذكر بعض الاطباء حالة نزييف من السرة عرض في اليوم التاسع بعد الولادة لطفل مصاب بتيسر في المنسوج الخلوى محدود في القسم الخلفي واستعملت جميع وسائل ايشافه فلم تؤثر شيئا وتجدد النزيف اربع مرات ومات الطفل بعد حدوث العارض بنتين واربعين ساعة ولما فتحت جثته وجد الشريان الدمري الايمن مفتوحا وجد الشريان الدمري

الايسر والوريد السرى مفسدين بمخلطة من دم جامد بارزة نحو السرة فهل كان
 سبب بقاء التزيف هنا هو تيمس المنسوج الخلوى ظن صاحب المشاهدة
 ان تراكم المصل في الجزء السفلى من جدران البطن سبب ضغطا على الشرايين
 الصغيرة التي تنفذ في هذه الجدران فلم تقدر تلك القريعات الوعائية على قبول
 الدم الذي يتخذ اليها عادة فذهب هذا السائل نحو الفروع الكبيرة وفاض
 بمقدار عظيم من الشرايين السرية التي هي في هذا السن هي الشرايين الرئيسية
 للحوض واذ قد عرفت مستنجات هذه المشاهدات وتصورت منها بعض
 اعراض الداء فلنسر ذلك تلك الاعراض وغيرها مما يشاهد في سيره فنقول
 ان الصفات التي تعلن به هي ان يحصل من اللطفل هجر للرضاع وصياح له صفة
 مخصوصة واضطراب مستدام ليس معه الحركات التنجحية وبخاف في الجلد
 وهبوط في درجة حرارته وسيماء الاجزاء التي ستصاب به والعادة ان الداء يتبدأ
 بالاطراف البطنية وقد يتبدأ بالاطراف العليا والغالب ان الحدين يصابان
 مع ذلك بالانتفاخ ايضا فاذا كان سير الداء مريعا اصاب البطن والصدر
 وان قيل ان الداء لا يمتد لذلك اصلا والانتفاخ في الاطراف يكون دائما
 عظيما ويميز بشدة الصلابة ويصيب بالاكثر الجزء الوحشى من الساقين بحيث
 يظن بمجرد النظر ان فيهما اعوجاجا ويكون الجلد المغطى للاجزاء المصابة
 بالتينس ورديا قليلا او احمر غامقا او بنفسجيا او منتقعا واذا ضغط عليه بطرف
 الاصبع زال منه اللون الاحمر وخلفه دأ ثمالون اصفر تختلف شدته فاذا كان سير
 الداء حادا كان البرد العام مريع السبر وعسر تميز النبض ثم يضعف
 الصياح ويريد برد الاطراف ويوستها وصلابتها وتزيد تلك الصلابة احيانا
 بحيث تشبه صلابة العضلات في التينوس وتشاهد تلك الظاهرات في الجذع
 ايضا وان كانت اقل درجة في الشدة والتنفس يكون في الاول متعبا ويريد
 التعثر شيئا شيئا ويتقطع الصياح ويصير الوجه منتقعا ويزول الاحساس
 بالنبض رأسا وموت الاطفال كلهم محتقون وموت معظمهم يكون
 من الاول الى الثالث من ظهور الداء او من الرابع الى السابع وبعضهم نحو

العاشر والثاني عشر بل والعشرين ولا تندر مشاهدة مكث هذا الداء
 شهرا او ستة اسابيع واذا كان الداء مضاعفا بالتهاب في المخ والرئتين شوهدت
 اعراض ذلك الالتهاب ككزاز الاسنان واتقلاب الجسم الى الخلف واذا قرع
 على الصدر سمع صوت اصم فاذا كان الداء قابلا للشفاء كان في سير الاعراض
 بعض بطيء ويكون التيبس متوسط الكثافة مقصورا على سعة قليلة ولا يكون
 البرد شديدا ويكتسب الصوت بعض قوة ويسهل للتنفس ويظهر النبض ويرزول
 انتقاع لون الجلد وتظهر فيه الحرارة الرطبة وقد يتفق اذا كانت الاوذى
 مقصورة مثلا على بطن الساق او القدمين حتى وان كانت المعالجة جيدة السير
 ان يلبث الجزء المنتفخ ويصير شديدا الحرارة اذا قوام متين وحرارة قوية وشبه بعضهم
 هذه الحالة بحالة التهاب الاطراف من البرد في البالغين فتعرض الحمى
 حفيظا ويضعف الطفل تدريجيا ويموت في الرابع وذكر دوجيس لهذا الداء
 صنفين يتميزان عن بعضهما في الاسباب والعلامات والسير احدهما التيبس
 الاوذىماوى وثانيهما التيبس المنعقد وقال ان الاوذىماوى يحصل للاطفال
 الضعاف وربما حصل من البرد وحده ويكون في الاول محدودا في اليدين
 او الرجلين ويشفى من ذاته غالبا اذا لم يشتد فاذا اشتد كانت صفاته ما سبق
 واما التيبس المنعقد فيصيب الاطفال الاقوياء السمان ويكون نتيجة برود شديد
 طويل المدة ويصيب غالبا الاعضاء التي فيها شحم كثير فتكون الخدان
 والساقان والساغدان والفخذان والبطن والعنق والصدر متتابعة او كلها
 معاء تيبسة في صلابة الخشب ولا تنقاد للضغط وتكون درجة الحرارة جليدية
 تشبه الاجزاء التيبسة بالبرد من رمة متجلدة والجلد يكون منتفعا مصفرا
 واذا وضع الطفل في حمام بخارى تكونت منه نقط تتجمع لبعضها بسرعة
 على الجلد التيبس بحيث يصير جدا سخينه حتى لو وصل الى ذهاب هذا البرد
 الموضعي لم تذهب الصلابة ونظن بعضهم ان هذا الداء يشبه بما يسمى بداء
 برباد (وهو داء شوهد بجزيرة برباد جزيرة من جزائر انديله بالاميرقة ويقوم
 من التهاب في الساق يشبه التهاب الذي تنتجه حى داء الفيل لكن بدون

مركزها ما يشبه ام القعج وربما ظن انه دودة وهذا الداء نتيجة فساد في الاجربة
 والتهاب فيها ويكون في الغالب قليل السعة ويزول بالتقدم في السن ولا يستدعي
 علاجاً مخصوصاً ومع ذلك اذا وجد من هذه الاجربة عدد كثير فانها تكون غالباً
 مجلساً لا كلان شديد فيلزم ان يغسل الجلد بغسلات ملطقة وتستخرج ام القعج
 منها المحوية في تلك الاورام بالضغط او بواسطة ابرة وذكر في الاسباب انها تعالج
 بغسل الوجه بالمحلات فان كفي والاخذ بكل ما فيه تجفيف وتحليل كالخبريق مع
 نصفه ابرسا يتخذ منه لطوخ وبزر الكتان مع الورد والشونيز بالخل فان لم يكف
 ذلك ضميد بر ماد الكرم مذوقاً بالخل ويصح ان يعتبر الرشح الصديدي الذي يحصل
 في بعض محال من جلد الاطفال وسبباً خاف الاذن تغيراً في افراز الادمة التي
 سطحها خال من البشرة فتفرز على الدوام سائلاً يتجمد على هيئة قشور مصفرة
 وذلك الرشح حالة جيدة في الغالب لصحة الاطفال لانه علم من التجربة انه اذا زال
 دفعة لم يلبث الحمال قليلاً حتى تعرض اعراض ثقيلة كالتهاب المخ والرمد
 ونحو ذلك فيلزم ان يقتصر على تنظيف الاعضاء المتقيحة وتعالج بخرقة او قتيك
 ناعم كذا قال بلياروسنذكر في تشخيص القيضان الدهني عن ريدر
 ما يقدح في ذلك

وقد يحصل في هذه الاجربة مرض يسمى القيضان الدهني وذلك لان من المعلوم
 ان الجلد يفرز منه بالطبيعة مادة دهنية اذا دلت على ورقة حصل منها فيها
 ما يحصل من الشحم وتحترق بشعلة يضاء ويبقى منها بعد الاحتراق بقية خممية
 فتعنى بالقيضان الدهني الزيادة المرضية لهذا الافراز

الاعراض * هذا الداء وان جازان يظهر في اى قسم من اقسام الجسم الا ان
 اكثر مشاهدته في الانف والحواجب وفروة الرأس حيث تشاهد الرطوبة
 الدهنية الآتية من الاجربة كثيرة بالطبيعة والغالب كونه مقصوراً على
 هذه الاقسام لكن قد شوهد في احوال نادرة امتداده لمعظم الجسم وله
 درجتان احدها انه اذا امس بالاصبع على سطح الجلد المصاب وجد لطيف
 المس دهنيان كان عليه شعر وجفت هذه الرطوبة الجلدية تكون منها وسخ

مسمر واما الجلد الذي يكون محملا لذلك فلا يظهر فيه احمرار ولا تغير وفوهات
الاجربة لا تكون اوضح مما في الحالة الطبيعية ومع ذلك قد تحس المرضى
احيانا ببعض وخز وآلام في المحل المصاب لكن ذلك نادر ويرجعون
من مراعات غسل اقمهم وجبهتهم وجوانبهم دائما اذا كانت مجلسا لذلك
ليزول منها هذا الطلاء الدهني الكريه المنظر والدرجة الثانية نادرة وهو ان
تغطي تلك الاعضاء بطلاء اصفر في قوام ومنظر صملاح الاذن والجلد يكون
منتفخا دهنيا حول هذا الطلاء الخجلي ورطبا في بعض محال منه وفي بعض
المحال يكون قوام المادة كالشمع الاصفر ويمر في سطح هذا الطلاء خطوط
تقسمه الى اجزاء اذا اقتضت من السطح بعارض ما او استعين على سقوطها
بالضادات المرخية او الانسكابات البخارية تظهر الجلد تحتها احمر مبذورا فيه
نقط هي الفوهات المتسعة للاجربة ثم بعد بعض ساعات يغطي بطلاء جديد
كالاول وتستشعر المرضى في الجلد بوخزات مؤلمة ويندر ان ينتهي هذا الداء
من ذاته ومدته في الغالب طويلة كاشهر بل سنين ويرجع احوالا
في المحل الواحد

الاسباب * هو نادر في الاطفال وكثير في الشباب وهو في الاناث اكثر من الذكور
وبالجملة فهو داء نادر وربما وجد مع الاوجاع العضلية وهو ليس بمعد
التشخيص * اذا كان الجلد المصاب بهذا الداء دهنيا ولم تجف عليه المادة
لم يشبهه الداء بغيره اما اذا جفت وصارت طبقة مصفرة فانها قد تشبه بقشور
الاكتيوزس والاجزما القشرية والبتريازس ونحو ذلك فاما الاكتيوزس
فيكفي ان يتركه مرض في الغالب خلقى يع جميع اقسام الجسم ويقل ظهوره
في الوجه ولا يكون معه الم ولا احمرار في الجلد ولا يكون دسم المس وفوهات
الاجربة لا تكون واضحة واما الاجزما القشرية فيسبقها دائما شرخ مصلى
يرفع البشرة بخلاف الطلاء الشمعي فانه يرسب على السطح الظاهر للجلد واما
القشور الخالية للبتريازس فلا يمكن اشتباهها بالصفائح القشرية الواسعة التي
للطلاء الشمعي ولا يشبهه هذا الطلاء في الكبار بالطلاء المبيض الشمعي الخجلي الذي

يشاهد في بعض المولودين جديداً واعتبره ريبير شحماً صديدياً وإن كان مثله يكثر في الأريتين والابطين وخلف الأذنين وعلى فروة الرأس وفي جميع المحال التي تكثر فيها الأجرة الدهنية غير أن هذا الطلاء طبيعي غير معصوب بالمدام وقد امر بتركه ففهم فتترك القلنسوة الدهنية التي تجف على فروة رؤسهم بعد الولادة بزمن ما لكن منع ذلك ريبير وقال أنه لا يوجد في جميع الأطفال ولا يحصل من عدم وجوده وإزالته عوارض أذاروعى حفظ جسم الأطفال من البرد والرطوبة وقال بليار إذا ترك الطلاء الدم لفروة الرأس ونفسه زاد سمكه والتصق بالشعر وجف وتشقق ثم ينفصل قطعاً قطعاً على هيئة صقائخ وقشور وهذا مما كان سمكه يمكن إزالته من رأس الأطفال بالغسلات والدلك الخفيف والضمادات المرخية

الانذار والعلاج * قال ريبير قد شاهدت أن هذا الطلاء في الأنف والخدين وفروة الرأس استعصى على الانسكاكات البخارية المائية والمسهلات وحصل منه سقوط شعر كثير من الحواجب وبقي حتى لم يمكن أن تحدد مدته واحسن وسائله التي جربت لشفائه هي الانسكاكات البخارية ومما نتج منه نتائج نافعة أقله في الوقت الغسلات الشبية واستعملت فيه قوابض أخرى كالغسلات الزحمية ومطبوعات العفص والبستورنا ومنقوع الورد فلم تنفع بشئ وإما المسهلات فيلتجأ إليها في معظم الأحوال عند الأمر باستعمال الحمامات البخارية

ثم ما عدا هذه الآفات السابقة قد يحصل في تلك الأجرة ما يسمى بالاورام حقيقة وتنشأ تلك الاورام الجراحية من تراكم المادة الدهنية في الأجرة فتوترها وهي التي تسمى عند العرب بالعقد والغدد وتكون شحمية وعسلية وصديدية ودهنية وتشبه بالاورام الكيسية وتظهر في أي جزء من الجسم يحتوي على أجرة وأكثر مشاهدتها في فروة الرأس والوجه والظهر وهي رخوة عديمة الألم غير متغيرة جلدتها ومادتها كاللبن المتجمد غالباً وتكتسب ريحاً تنادى أتمدت جدران الأجرة والتهبت التهاباً عارضياً وقد يوجد مع المادة

بعض شعر ولعل باطمأن شرح هذا الداء مسمى مولوسكوم حيث قال فيه
 هو درنات عديدة قليلة الحساسية تظهر ببطئ وتختلف أقطارها من حبة
 جلبان الى بيضة حمامة وتحتوى على مادة صديدية وشكلها يختلف فيها
 ما يكون عديم العنق وكريا او مفرطعا ومنها ما يكون ذاعنق ولا يحصل
 من نموها انخرام في الجسم وليست قابلة للالتهاب ولا للقرح وانما تبقى مدة
 الحياة انتهى وبعضهم جزم ان ما يسمى بيوليبيوس القضاة السمعية الظاهرة
 انما هو نمو مرضى في جراب صملاخى والغالب ان هذه الاورام تكون متضاعفة
 وتظهر دائما ببطئ ومتتابعة وصلبة غير متموجة واقل صلابة من الاورام
 الشبيهة بالملح التي جدرانها متينة فيها مقاومة قوية عكس الاورام الجراحية
 ويندر ظهور هذه على الجذع والاطراف واسبابها مجهولة ويظهر احيانا ان
 فيها هيئة وراثية وتوجد بقله في الاطفال وتكثر في الشيوخ واما علاجها فهو
 انه اذا كانت فوهة الاجربة متوترة ظاهرة ادخل ميل في تجويفها ثم يضغط
 عليها بعد اخراجه بدون ايلام فتخرج المادة التي فيها لكن لم تلبث قليلا حتى
 ترجع فلاجل تمام شفاؤها تنشق ثم تكوى وتستأصل واذا شقت شفا واسعا سهل
 استئصالها والالتهاب الذي يتبع العملية قد يعقبه شفاء تام واما الاستئصال
 فسهل اذا لم تكن قديمة جدا ولا كبيرة الحجم واذا فعل الاستئصال في فروة الرأس
 جازان يعقبه جرة ثقيلة ولذلك اختار بعض اطباء تركها ونفسها ولا يقرب لها
 بآلة فاطعة خصوصا اذا كانت كثيرة العدد ثم ان هذه الاورام في فروة الرأس
 تختلف بعدم ايلامها وبصفات اخر عن الاورام الشبيهة بالملح وقد نيل شفاؤها
 بان يحمرض في باطنها التهاب قيمي اما بواسطة خزام او بمحقن مهيجة من العرق
 وهو الاحسن ويسهل كي هذه الاورام وسببها التي في الاجفان سواء كان بالخص
 التريك او بزبدية الاتيون او البوتاسة السكاوية واما الربط فتادري في هذا النوع
 واما ما يسمى بالحصوات الجراحية فهو ان يبدل افرازاها الدهني بكثرة صلابة
 حجرية فقد وجد مكمل في ولد صغير جميع الاجربة الدهنية التي على الحرقفة
 ملوثة بحصوات صغيرة والجلد لما تغير صار جرا منها ووجد في طفلي من هذه

الخصوات جله في جلد الجبهة واصل الانف

الفصل السادس

في امراض المنسوج الخلوى

امراض هذا المنسوج ترجع الى التهابه وارتشاحه المصلى وقد يكون مجلسا لانصباب او ارتشاح دموى سواء في الاجزاء التي انضغطت من الطفل عند الولادة او في غيرها فيوجد الدم حينئذ مسكوبا بتخثير حقيقي دموى وهذه ظاهرة كثيرة المحصول كما سنشاهدها في الاحوال التي يحصل فيها تعسر في التنفس ودورة الدم وفي هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

في التهاب المنسوج الخلوى

قال بليمار القلغمونيات والجرمة مجلسهما غالباً في المنسوج الخلوى تحت الجلد وتكثر القلغمونيات في الاطفال الرضع وتفصل احيانا سعة عظيمة من الجلد عن الاجزاء التي تحته فقد شاهدت طفلاً عمره شهران ونصف وجلد الجزء الجانبي الايمن من صدره انفصل عن ماتحته بسبب اصابته بالتهاب قلغمونى نشأ عنه قمع كبير بحيث انحمل الطفل منه وملأت انتهى وشاهد اول فيير خراجاً تحت الجلد في جنين له ثلاثة اشهر ونصف تقريباً عند ما كان يقش عن سبب اسقاطه وعند التقش كان التعفن واضحاً فيه مع كون جميع اعضائه معروفة ظاهرة وليس في شئ منها تغير وانما وجد قرب النصف الايمن من الامام للعنق ورم في حجم البندق لونه ابيض مصفر يخالف اللون المحمر لجنته وكان ذلك الورم رخواً متموجاً يمتد من قاعدة الفك السفلى الى المفصل القصي الترقوى الايمن فشق في طوله فخرج منه صديد متجمد مبيض بدون رائحة وكان موضعه تحت الجلد الذي بعد عن العضلات التي تحته ولم يتغير شئ من ذلك الجلد الذي هو امامه ولا ما حواليه ووجود هذا الخراج المصاحب لاندفاع الجنين قبل تمام اشهره مع عدم وجود غير ذلك من الآفات الثقيلة يحمل على ظن انه هو السبب للاسقاط لكن ذلك انما هو ظن وتخمين والا فليس هنالك

ما يتحقق

ما يحق ذلك وان لم يكن في الرحمة ثم يدل على ان ذلك حصل من حركات عنيفة
بادية وربما اختير ان هذا الخراج انما كان نتيجة فلغموى ظهر من نفسه
في الجنين المحوى في الرحم ومهما كان فهذا يدل على ان المنسوج الخلوى
في الاشهر الاولى من الحياة داخل الرحم وان كان غير تام التكون يكون قابلا
لان يلتب ويجهز مواد تقب شبيه بما يشاهد في الادوار المتقدمة في الحياة
داخل الرحم وفيما بعد الولادة

والخراجات التي كانوا يسمونها بالباردة اى العديمة الالم كثيرة الحصول ايضا
في الطفولية الاولى وتظهر خصوصا على الاطراف واذا اخذت في التفرح
اكتسبت حوافها الصلبة البنفسجية المقطوعة بانحراف منظر كثيرا ما يظن
انه من طبيعة زهرية

والمعالجة البسيطة المضادة للالتهاب هي المناسبة للخراجات الفلغمونية الحادة
واما الباردة فيناسبها بعض اوضاع منبهة قليلا والضغط الخفيف والمخسرات
والفسلات القلوية او الشبكية ولكن يلزم غاية الاحتراس في استعمالها واتباع
القواعد المستعملة في كتب الجراحة في هذا الموضوع ويلزم ان يبحث هل هذه
الخراجات عرض لامراض اخرام لا

والا وديما اى الالتهاب المصلى في المنسوج الخلوى في الاطفال المولودين
من المباحث المهمة في هذا الفرع فيحتاج لدراسة مخصوصة فلنخص ذلك بمبحث
كبير وهو الا تى على الاثر

المبحث الثانى

في اوذيما المنسوج الخلوى في المولودين جديدا اى تيسه

يقال في العادة ان الطفل متيس اذا انتفخت اطرافه او عظم وجهه وتلون بغير
لونه الاعتيادى ويستشعر عندهم مقاومة شبيهة بما يحصل من الضغط على
جسم يابس قبيس المنسوج الخلوى يعرف من اول الامر بمجرد اللمس
والتعبير بالتيس مبهم والبحث في الجنة بعد الموت يزيل ذلك الايهام ويستدعى
تسمية ذلك بالاوذيما المتجمدة لا بالتيس وقد انصف بعض اطباء هذه الازمنة

حيث يباهى ان تيبس المنسوج الخلوى صنفين احدهما تيبس المنسوج
الخلوى الحقيقى وثانيهما تيبس المنسوج الدهنى الذى ذكره دوجيس ودينيس
والوصول الى بيان هذا الصنف الثانى دليل واضح على تقدم معارفنا فى هذا الشأن
فعلى رأى الطبيين اندرى وافيقي ان المنسوج الخلوى التيبس اذا شق بالمشرط
يخرج منه كمية عظيمة من المصل المالى الممدد بالخلايا ويسيل منه بالضغط لكن
يقال فى نفس المنسوج الخلوى الحقيقى بقطع النظر عن المصل الممدد هل هو
صلب حقيقة كالمحول الى منسوج كمنسوج الشبكية او الى اسقيروس
او هو منسوج شحمى جامد كانه صار مجلسا ونواة لاحتقان مزمن او صلابة
مندمله تقول لاشئ من ذلك يقينا فانه لا يزال حافظا لجميع مرونته ورخاوته
وخلوئيه والى اقله لم يحصل فيها استحالة آلية ولم تنزل فيها هيئتها التى هى
شبكة وصفائح متصالية غير ان هذه الخلايا لما كانت متوترة جدا بالمصل
وملونة فى الاطراف والجذع بكمية عظيمة من السائل كان لمس هذا
المنسوج صلبا وليس فيه صلابة حقيقية ولم يكابد من التغيرات الاتمدد
المجانكى وبالاختصار هذه الصلابة انما هى باعتبار حواسنا ومثل تلك الظاهرة
يحصل اذا ملئت مشانة بالماء او الزيت بل او بالهواء فاذا تمددت جدا بشئ
من هذه السوائل استشعر من لمسها بصلابة ليست فى الحقيقة موجودة
فى منسوجها لانه اذا طرح منها ثلث ما فيها او نصفه صارت رخوة مخسفة
وكذلك المنسوج الخلوى التيبس فى المولودين جديدا فانه يأخذ فى التيبس
بحسب الظاهر شيئا فشيئا كلما تراكم المصل فى خلاياه فبالندقيق ليس هناك
تيبس فى المنسوج الخلوى فى المرض المسمى بذلك ويكون من الخطأ اتباع
التأخرين من المؤلفين فى هذه التسمية وما شاكلها كالا سقيروس الا وديماوى
ونحو ذلك لانها تشعر بتحول فى صفات المنسوج مع ان ذلك غير موجود اصلا
وقد قلنا فيما سبق ان التيبس الظاهرى لا طراف الجنين يصح ان يكون
مجلسه المنسوج الخلوى او المنسوج الدهنى فاذا كان تيبس الجلد ناشئا من رشح
مصل فى المنسوج الخلوى كانت الاطراف دائما منتفخة اى فيها بعض

زيادة في الحجم واما اللون البنفسجي في الجلد فيدل على الاحتقان الدموي في اعضاء مختلفة والعلامات الواضحة لقيضان الدم في القلب والرئتين والاورعية الغليظة هي عدم انتظام النبض وتعب التنفس

وتبدس المنسوج الدهني يوجد مع ترشح عام في المنسوج انخلوى تحت الجلد اوبدونه فالخدان والاليتان وبطن الساقين والظهر هي المجلس الغالب لهذا التبدس وهو يشاهد مع تكرار في الدورة والتنفس اوبدونه والغالب ان ذلك يحصل وقت اختناق الاطفال اى ضيق حنجرتهم عند الموت قال بليسا وقد رأيت ظهوره ايضا بعد الموت في جثة اطفال ما توا بسرعة فاذا شرع المنسوج الدهني حينئذ بالمشروط وجد متينا يابسا كالشمع الجامد وبالاختصار يكون في قوام شحم الحيوانات المذبوحة ومن المعلوم ان المنسوج الدهني يمكن في بعض الاحوال ان يتجمد كذلك حتى في مدة الحياة اذا ذهبت منه الحرارة الحيوانية باى سبب كان

ثم ان ترشح المنسوج انخلوى الذي يسبب في المولودين التبدس الظاهري لاطرافهم هل يختلف عن اوزيما الاطراف والجذع اى تظهر في بعض الاحوال مع البالغين ونظمر لنا ان هذه المسئلة مهمة يلزم تحقيقها فالطبيب برئيه الذي يعتبر لهذه الازيما طبيعة مخصوصة بها استعان بمعارف بعض مشاهير الكيماويين في عصرنا هذا وهو شفرول في تحقيق حالة المصل المرتشح في المنسوج انخلوى في الاطفال التبدسة وهما هي عبارة هذا الكيماوى الماهر حيث قال قد تحققت في الداء البرقاني المصوب بتبدس المنسوج انخلوى في المولودين جديدا ان الدم مريض يوجد فيه جوهرا ن ملونان لا يوجدان في دم الاطفال الجيدى الصحة او اذا وجد فيه كانا بكمية ضعيفة وما عدا ذلك يوجد فيه ايضا مادة تعطى لمصله المنفصل عن الجوهر اللينى خاصة تتجمد من نفسه والقواعد الملونة توضع لنا لون المنسوج انخلوى النافذ فيه المصل فالمادة القابلة للتجمد من ذاتها في هذا المصل توضع لنا تبس المنسوج انخلوى اذا ثبت ان هذه المادة لا توجد في دم الاطفال الجيدى الصحة او كانت

توجد فيه بمقدار قليل جدا وسوى ذلك ان هذه المادة قد تجمد في المنسوج
الخلوى كما تجمد في المصل الذي استخرج من جثث الاطفال الذين ماتوا
بالتيس انتهى قال بليارولما قرأت ذلك ظهر لى فيه تأملان اولهما ان الطبيب
بريشيه جعل اليرقان وتيس المنسوج الخلوى مرضا واحدا ولم يعط لشفرول
الاطفالا كافوا فى آن واحد تيسين ومصابين باليرقان ولم يوجه هذا الكيماوى
مشاهداته بالاكثر الاعلى المصل الاصفر وثانيهما انه يوجد فى كلام شفرول
هيئة تخمين او تشكيك فلسفى نشأ له من ضبطه وشدة قوته الحاسكة وذلك
انه لم يؤسس رأيه الاعلى ان تيس المنسوج ناشئ من القاعدة القابلة للتجمد
بنفسها التى فى المصل ولقد عبر عن عدم جزمه بقوله ان هذه المادة هى السبب
لهذا التيس اذا ثبت انها لا توجد فى دم الاطفال الجيدى الصحة وانها
قد تجمد فى المنسوج الخلوى كما تجمد فى المصل الذى يستخرج من جثث
الاطفال الذين ماتوا بالتيس ثم لا ينبغي ان يشتبه اليرقان بالرشع العام
فى الجلد لان احدهما يوجد بدون الآخر كما يمكن ان يوجد معا فاذن يمكن
ان نعتبر المصل غير متعلق بالمادة الملونة التى يحتوى عليها احيانا

ولقد وضعت فى جفنة كما فعل شفرول مصلا مستخرجا من المنسوج الخلوى
لاطفال متيسين اى مصابين بالاوذىما فرأيت ان هذا المصل تجمد بنفسه وبعد
تأكيد ذلك اردت ان اشاهد هل مصل الدم فى الاطفال الجيدى الصحة يتجمد
ايضا ما لافرأيت فيه حصول هذه الظاهرة ايضا وذلك انى اخذت جفتين
ووضعت فى احدهما مصلا مأخوذا من منسوج خلوى لطفل كان جلده
متيسا وفى الثانى مصلا مأخوذا من منسوج خلوى لطفل جلده غير متيس
فحصل التجلد فى الجفتين فى آن واحد وكررت مثل هذه التجربة المزدوجة
فى مصل اصفر مأخوذ من طفل مصاب باليرقان ومصل اخر غير ملون مأخوذ
من طفل غير مصاب به فكانت النتيجة واحدة مثل السابق واستخرجت ايضا
مصل منسوج خلوى من رجل طفل عمره سنتان ومات بالتهاب معدى معوى
صار منه ممز ولا نجح الا واصيبت ساقاه بالاوذىما فبعد ان سكن هذا السائل

في الجفنة نصف ساعة تجمد وشاهدت ايضا في مصل مأخوذ من جثة كبير مصاب بالاوذيمياومات باقة قليلة انه تجمد بعدست ساعات فهذا التجمد الذي حصل من ذاته ليس خاصة لازمة لمصل المنسوج الخلوى الذي يقال فيه انه تيبس وبموجب ذلك يكون الشق الاول الذي ذكره شفرول من كون هذه الظاهرة تخدم لتوضيح تيبس المنسوج الخلوى كما تمسك به بريشيه ليس مناسباً ولتأمل الان في الشق الثانى وتنظر هل هو احسن من الاول او نقول بعبارة اخرى لننظر هل يمكن ان المادة القابلة للتجمد بنفسها الموجودة في المصل تتجمد في المنسوج الخلوى نفسه ام لا فنقول

ان الحرارة والسكون يعينان على تجمد المصل الذي يوضع في الجفنة واذا حرك السائل الذي تجمد لم يلبث قليلا حتى يصير سائلا فاذن لا يصح ان تقول ان المصل الذي في وسط المنسوج الخلوى يحصل له هدو وسكون عظيم وعدم حركة حتى يتجمد فيه وايضا فان حرارة الاطفال المتيبسين تكون في الغالب منخفضة فينتج من ذلك ان الحرارة والسكون اى عدم الحركة اللذين هما اسباب معينة لتجمد المصل المستخرج من المنسوج الخلوى غير موجودين مدة الحياة في وسط منسوجات المولودين

وهناك طريق آخر في الاستدلال على ان هذا التكاثر لا يحصل في المنسوج الخلوى وذلك انه اذا علمت شقوق في الاطراف المرشحة من طفل امكن بادنى ضغط ان يستخرج من المنسوج الخلوى مصل يخرج تقطعا كثيرة سائلة فاذا سال المصل بهذه الكيفية رجع للمنسوج الخلوى الذي احتقنت به خلاياه وصار صلب المنظر لينه واسترخاؤه وزالت صلابة الطرف بعد ذلك الاستفراغ وقد اعدت هذه التجربة بنجاح تجاه شفرول في جنين مصاب في آن واحد باليرقان والتيبس وكان في جثته جميع الصفات التي كانت في جثة من عمل فيهم تجرباته الاول وما عدا ذلك علفت جثة طفل متيبس من رأسه ليلة كاملة وفعلت في ساقيه وقدميه تشاريط كثيرة في اليوم التالى تغطت جيدا هذه الاعضاء المشروطة بندى من المصل سال بنفسه فاذن لو كان المصل متجمدا في اثناء

المنسوج المائي هو خلاياه لما كان مطيعا بهذه الكيفية لقوانين الثقل ولما سال هكذا باطلاق فتج من هذه الاعتبارات كلها ان تبس المنسوج الخلقى في المولودين ليس هو الا مجرد اوديميا مشابهة بالكلية لما يعرض للكبار والشيوخ المصابين بامراض الرئة او القلب او العروق ومن المعلوم ان اطرافهم المترشحة يظهر منها احيانا باللمس صلابة عظيمة جدا كصلابة اطراف المولودين فاذا كان الجلد مع ذلك ايضا ثديدا الحرة في الاطفال فذلك ناشئ من الحالة الطبيعية للاحتقان المصاب به الطفل وهذه الاوديميا يجوز ان تصيب الاطفال في اى حالة كانوا لكن اكثر من يصاب بها الاطفال الضعاف والذين يولدون قبل تمام اشهرهم وتعرض غالبا في الايام الاولى من الولادة ويندر عروضا فوق الرابع او الخامس وزعم بعض اطباء انها قد تظهر فيمن سنه شهر بل سنة ~~لكن~~ يقرب للعقل انه اشتبه عليه الحال فشا هدمر ضا آخر ظنه نبسا في المنسوج كالاوديميا العامة القوية التي شاهدها يدلوت والبرد والرطوبة يعينان عليها ومع ذلك كثيرا ما شوهدت في الربيع والخريف وغيرها بل وفي شدة الحرارة

بقى علينا ان نبحث بالتدقيق عن الاسباب التي تنتج هذا التيبس في الاطفال وقد اختلف المؤلفون في بيان ذلك ومن غير النافع ان نذكر لك التخيل الغريب الذي ذكره اوزمبزيوس حيث ظن ان الامهات اذا شاهدن التماثيل التي من الحجارة مدة الحمل تأثرن من ذلك بحيث لا يلدن الاطفالا متيبسين وهذه خرافات لا تذكر وكذلك لا تطيل الكلام ايضا فيما ذكره البعض من ان ذلك ناشئ من عنصر دايغ قابض موجود في مياه الامنيوس وانما المهم ان تأمل في التوضيحات المعقولة التي ذكروها فالطبيب اندرى واوفيتي يعتبر ان من الاسباب الرئيسة لتيبس المولودين تأثيرا لبرد على اجسامهم فيقطع التنفيس الجلدي الغير المحسوس ويبطئ الدورة ويكتف السائل المائي والمصلي في المنسوجات ويسا في لنا بيان بعض تحقيق في هذا الرأي الذي عارضه تروكون وقال ان البرد يقوى في الغالب الدورة ولا يبطئها ومعظم المؤلفين ولا سيما الحكماء لم يجرؤوا بان يوجب مع تيبس

المنسوج الخلوى احتقان والتهاب في الرئتين مع علمهم ايضا بانه يوجد في هذه الحالة احتقان ضعيف في القلب والاوعية الغليظة واما اوندروود فانه ذكر بياناهما وهوان ذلك حاصل من تأثير الهواء القاسد على الطفل المولود ونسب الطبيب يوم هذا التيسس لیبوسة العضلات وبذلك يعرف انه جعل النهاية للداء علامة مصاحبة والطبيب بالبطه نسب سبب ذلك لافعال من الكبد وبريشيه اعتبره نتيجة تراكم مصل منفصل من الدم على بعضه وانه مرض ناشئ من بقاء ثقب بوتال ويظهر ان الطبيب ليحير اختار ان من اسباب هذا التيسس قلة تنو المجرى المعوى حيث يقرب دائما لان ينقص طوله عن العادة في الاطفال التيسسين ثلاثة اقدم واما دينيس الذي تكلم على هذا الداء كلاهما فانه تعمق جدا اكثر من سابقه في بحث الاسباب وتوضيحها فرأى ان هذا الداء التهاب حقيقى اى تهيج اشتراكى تابع لتهيج الجهاز المعدى المعوى وسمى ذلك فلغموى خلوى قال بليار وانا لا اقول بذلك ولعل دينيس انما تكلف هذا البيان ليقترب لاصول الآراء الطبية الجليدة والطبيب بارون اعتبر من زمن طويل ان هذه الآفة كالاوذيميا اعنى مجرد رشع مصلى في المنسوج الخلوى هو عرض لتكدوا ومانع في سير الدم في القلب والرئتين والاوعية الغليظة

فهذه عموما هي الآراء العظيمة الاعتبار الذى ذكروها في طبيعة واسباب تيسس المنسوج الخلوى ولنعرضها على المشاهدات حتى نعلم موافقتها او عدم موافقتها فذكر جملة من الامور الواقعية ونستخرج منها نتائج نخدم لمعرفة مايعول عليه من الاسباب وطبيعة الداء وعلاجه لان هذه الكيفية هي الطريقة التى توضحها هذه الاختلافات لما ان علم المشاهدات هو الذى يقوى الآراء ويرجحها فقد دخل في سنة ١٨٢٦ عيسوية لبيت الاطفال الملتقطين بباريس ٥٣٩٢ طفلا مات منهم في قاعات الطب والجراحة وقاعة الراحة التى توضع فيها الاطفال وقت دخولهم ذلك البيت ١٤٠٤ منهم ٧٧٧ ماتوا في قاعات الطب تحت مراعاة الطبيب بارون ومنهم ٢٤٠ ماتوا

التنفس والصباح الحاد وبرد الاطراف ونحو ذلك فلم اشاهد فيها شيئا زائدا
 فجميع هذه الظاهرات شاهدها المؤلفون جيدا وشرحوها وسيأتى لنا سردها
 ثم قال بليار واما الظاهرات التي تعصب اوديميا الاطفال فاكثرها هو اليرقان
 شاهده في ثلاثين طفلا وما وجدت في واحد من هؤلاء ولا في غيرهم آفة في عضو
 ثابت يمكن ان تستخدم لتوضيح هذا الاختلاف ولانطيل الكلام في الاسباب
 التي تنتج عادة من يرقان المولودين جديدا فانها مسئلة تستدعي تأملات
 مخصوصة فلنؤخرها الى محلها الآتى وانما يكفي هنا ان ننبه على ان احد
 هذين المرضين اعنى اوديميا المولودين ويرقانهم قد يوجد دون الاخر وان احدهما
 ليس سببا ولا نتيجة للآخر وبموجب ذلك لا يصح دخولهما في باب واحد

بقى علينا ان ننظر في تأثير آفات الكبد في تولد الاوديميا قال بلياروها هو ما شاهده
 في هذا الموضوع وذلك ان في تسعين طفلا متيبسين فحقت جثثهم مع غاية
 الانتباه لم اجد في الكبد حالة مرضية الا في عشرين فعشرة كان معهم احتقان
 دموى قوى جدا وكان الدم المسالى لهذا العضو اسود سائلا وكانت الاوعية
 الغليظة البطنية محتقنة ايضا وفي بقية الجثة ايضا احتقان دموى عام وخسة
 اخر كان الكبد فيهم سهل التمزق محتقنا جدا والصفراء مخضنة تقرب ان تكون
 متجمدة واربعة اخر كان لون الكبد فيهم ضاربا للزرقة والعضو نفسه متينا
 يقاوم المشروط والطفل المكمل للعشرين كان معه التهاب بريتونى واحتقان
 في الكبد وانصباب مصلى دموى في البطن فلا يمكن ان يستنتج من هذه
 المشاهدات ان السبب الاعتيادى لاوديميا المنسوج انطوى هو الاحتقان
 الدموى او سهولة التمزق او الالتهاب في الغشاء البريتونى او في نفس جوهر الكبد
 لاني وجدت هذه التغيرات التي ذكرتها في كثير من الاطفال الذين ليس معهم
 هذا اليبس كالم اشاهدها في كثير مني معهم هذا الارتشاح المصلى

والتهاب الرئتين او احتقانهما احتقانا دمويا عده الطبيب هلم من اسباب
 هذه الآفة الاوديمياوية بل يقال انه رأى كثير من مشاهير اطباء اليوم ولا سيما
 الطبيب باليطه باطاليا فانه نسبته لتنفس غير تام في بعض المولودين قسأ

عن ذلك عدم كفاية الحرارة الناشئة وترتب على ذلك خدر وسبات وبرد جليدي
 في الاطراف وتيبس في المنسوج الخلوي فيكون هذا التيبس عرضا لضعف
 الرئتين ولقد ادرت تحقيق ذلك من المشاهدات فبحثت في حالة الرئتين في سبعة
 وسبعين طفلا معهم هذا التيبس ففهم ثلاثة واربعون كانت رئتهم في غاية
 السلامة والاربعة والثلاثون الاخر كان معهم حالة مرضية في الجهاز التنفسي
 يختلف ثقلها في اثني عشر منهم وجد احتقان وامتلاء رئوي وفي ستة ووجد
 في رئتهم تكبد تام اربعة منهم في الرئة اليمنى واثنان في الرئة اليسرى وفي ثلاثة
 التهاب بلوراي رئوي وفي الباقى مجرد احتقان ضعيف في الحافة الخلفية
 للرئتين وخصوصا حافة الرئة اليمنى ويكفي لتحقيق ضعف تأثير هذا الالتهاب
 في تولد الارتشاح المصلي في النسيج الخلوي وضعف ما قاله الطبيب فلم اوجد
 امثلة من التيبس اى اودعما المنسوج الخلوي للمولودين بدون ان يكون هناك
 التهاب رئوي او احتقان رئوي مصاحب له وسعى الطبيب والكس تيبس
 المنسوج الخلوي بالاسفكسيا البطيئة للمولودين وزعم ان هذه التسمية
 على رايه توضح طبيعة هذه الآفة واسس على رايه المعالجة بالاستفرغات
 الدموية الكثيرة والمداومة عليها بالنسب ~~التي~~ قد علمت ان مشاهدات
 بليسا رتبتم انها لا تكون دائما نتيجة تكدر في الجهاز التنفسي فاذا جعل ذلك
 سببا لها على الدوام كان انكار الماهو واضح البيان

ولتبحث الآن فيما قاله بريشيه وهو ان التيبس ناشئ من بقاء ثقب بوتال وذلك ان
 في السبعة والسبعين طفلا الذين ذكرتهم اربعين كان هذا الثقب منسدافهم
 بالكلية وعمانية وعشرين كانت القضاة الشريانية نفسها ضيقة جدا بحيث
 لا يتأتى خروج الدم منها فسقط بذلك توضيح بريشيه فاذا وجد ثقب بوتال
 مفتوحا في كثير من الاطفال الميبسين فماذا لا يكون هذا التيبس يصيب
 بالاكثر الصغار جدا بحيث لم يعرض عليهم عند ظهور الاوديميا من كاف الحصول
 للتغيرات التي تعرض في القلب والقضاة الشريانية لتتم الدورة وينسد الثقب
 والقضاة المذكورة فالظاهر انه ليس هذا ارتباطا بين هاتين الظاهرتين

قال بليارثم اخذت في قياس القناة المعروفة من طفل متيسر لانه كما حجة ما قاله
ليجير من كونه وجد هذه القناة في الاطفال المتيسرين اقل طولا عما في غيرهم
فلم اجد ما قاله صحيحا ما لكون مشاهدتي ليست جديدة وهذا بعيدا وان المصادفة
لم تسعني بمشاهدة ذلك كما اسعفت هذا الطبيب وبالاختصار ينظم رى ان الفائدة
في معارضة ذلك قليلة الاهتمام واذا اعتمدنا في اراءنا على مجرد تعداد الامور
الواقعية ولم نراع فيها الاعتبارات التي تؤخذ من التعقل ومن التجربة امكن
ان نقول كما قال دينيس ان اكثر ما يوجد من الآفات التي تعصب تيسر المنسوج
الخلوي هو الالتهاب المعوي واختار الارتباط الذي جعله هذا الطبيب
بينهما غير انه لا يضح لنا ان نقصا نفسنا على عدد الامور الواقعية فقط وانما نرى
بميزان العقل والتأمل حتى ~~نرى~~ وننتجها صحيحة مقبولة غير منازع فيها في
السبعة والسبعين الذين جعلتهم عرضة لمشاهدتي كان في خمسين منهم التهاب
في الطرق الهضمية يختلف شدة وسعة لكن ينبغي ان تعلم ان آفات اعضاء الهضم
في المولودين جديدة اكثر من آفات غيرها من الاعضاء واغلب الاطفال الذين
يموتون في بيت الملتقطين يكون موتهم بهذه الالتهابات وان اودعنا المنسوج
الخلوي قد توجد بدون ان يكون معها التهاب في القناة الهضمية ولا ناس ايضا
ان تيسر المنسوج يكثر في الشتاء وهو زمن تندرفيه الالتهابات الهضمية
الكثيرة الوجود في الصيف الذي هو زمن يكون التيسر فيه قليلا وهذه
الاعتبارات كافية ولا بد لمنع ارتباط هذين الداءين ببعضهما وبها يضعف رأي
دينيس

والذي ينبغي الاهتمام بذكره هو ان معظم الاطفال المتيسرين يوجد فيهم اختقان
دموي عام عظيم الاهتمام فالدم الوريدي يتسلطن بالاكثر في منسوجاتهم
والقلب يكون دائما محتقنا بالدم والوعية الغليظة مملوءة وبها اشرحت
جثة طفل ماتت تلك الصفة سال الدم من كل جهة على حد المشروط وكون هذا
الاختقان العام ناشئا من كثرة السائل الدموي في الجسم اعنى من امتلاء
دموي خلقي اولى من كونه ناشئا من مانع ميكانيكي في جرح من الاوعية المعدة

لسير الدم وايضا ترى الجلد عظيم الاعتبار بمضافه المفرط بحيث يظهر انه لم يتنفس من سطحه شئ من الرطوبات فيكون باسما متورا على المنسوج الخلوى المحقق بحيث يظن انه يوجد في تلك الحالة تكدر واضح في الدورة الشعرية وان المنسوج الخلوى الذي هو كما قال الفسيولوجيون مجلس لافراز تنفسي اى تجيزى **ك**ثير جدا يحصل له في الحالة المذكورة عوائق تمنع ممارسة هذه الوظيفة بانتظام وذلك اولاً ان مواد افرازه تصل اليه بكثر مفرطة لان الدم محقون حيثئذ في جميع المنسوجات وثانياً ان حالة جفاف الجلد ومنع التنفيس الجلدى بل ومنع التجيز الرئوى ايضا جميع ذلك يمنع اطلاق سيلان الرطوبة فتقف في خلايا المنسوج نفسه الذى نشأت منه فتحدث من ذلك الاوذىما الى سموها بتيسر المنسوج الخلوى

وهناك امر يقوى هذا الرأى الذى يجعل الاوذىما المذكورة نتيجة قطع التنفيس الجلدى وهوان هذه الاوذىما تزول سريعاً بالذلات المهيجة على الجلد كالكالك بزيت البابونج المكوفور وبعض الصبغات ونحو ذلك واذا الف الطفل المتيسر في خرق من صوف مسخنة توضع مباشرة على الجلد وجد الطفل في اليوم التالى مغموراً في تنفيس جمدى كثير بحيث يصير احياً انا على هيئة بخار سميك وتزول الاوذىما اى التيسر حيثئذ كلاً او بعضاً قال بليار ولا ارى اختياراً ما قاله دينيس من ان هذا الداء التهاب في المنسوج الخلوى لان التهاب هذا المنسوج يحدث سهولة تمزقه ويسبب سريعاً افراز صديد كثير يعرف بصفته المخصوصة به مع ان ذلك لا يحصل في الاطفال الاوذىماوين فلا تكون اطرافهم في العادة مجلساً لا ورام ولا التهابات

استنتاجات عمومية * اذا تبعتنا طريقة التفصيل والتحليل التى اوصى بها العالم الشهير بنيل في دراسة الظواهرات الحيوية واختيرت في الطب الجديد ايضا نرى ان القواعد الآتية هى التى يغلب على الظن صحتها فالاولى هى ان تيسر المنسوج الخلوى للمولودين انما هو مجرد اودىما مشابهة لاوذىما **ك**بار ويصح ان تكون موضعية او عامة وبلازم دائماً ان يتميز عن

تيس المنسوج الدهني

والثانية ان هذا الداء يكون في الشتاء اكثر من الصيف ويكون في المولودين جديدا اكثر من الاطفال المقدمين في السن ويكون سببه المهية له اولا عائق في سير الدم ناتج من كثرة في الجهاز الدوري وثانيا احتقانه في المنسوج الخلوي الذي يجهز هوله كثيرا من مواد الافراز وثالثا تأثير الجلد من الفاعلات البادية التي توقف التنفيس الجلدي بدون ان تكثف السائلات المصلية فبذلك تعين على تراكم المصل في المنسوج الخلوي واما الاحتقان الدموي في الكبد والرتين والقلب وبقا الفوهات الجنينية منفخة او انسدادها فليست اسبابا وحيدة لازمة لهذه الآفة فتعتبر هنا ظاهرات مصاحبة او احوالا تابعة لداء يمكن ان يوجد بدونها كما يشاهد ذلك كثيرا في التيس اى الاوذى عموما الموضعية

الثالثة اذا كانت الاوذى عامة ووصل الاحتقان المصلي الى درجة زائدة جاز ان يحصل في كل جزء من اجزاء الجسم يوجد فيه منسوج خلوي تكدر في الوظائف التي تتم فيه فلذلك يصير المزمار او ذيما ويا وتصور الرئة مع ذلك ايضا مجلسا لاحتقان شديد فيكون صياح الطفل دائما شاقا حادا مخنقا ويسهل ان يوضع يبطى الدورة برد الاطراف والضعف والهبوط الذي يقع فيه المريض وربما وضع به ايضا بعض الاعراض الاخر التي ذكرها المؤلفون وستأتى

الرابعة ان الوسائط العلاجية التي تستنتج من الاعتبار السابقة هي اولا ان يقاوم الامتلاء العام ببعض استفرغات وثانيا ان ينبه الجلد بالدلك والموخات المهيجة واستعمال خرق الصوف والاستعانة بجميع الوسائط المخصوصة بارخاج التنفيس الجلدي واما الاستحمامات البخارية التي وضع لها يلبوت جهاز ارجيل الاختراع في بيت المقطع فلا ينتج منها على حسب تجربات الطبيب بارون نتايج نافعة كمنفع الدلك بالصوف ووضعه على الجلد اذ تنفس الطفل مدة مكثه في حمام البخار قد يكون احيانا متواترا شاقا وشوهد انه حصل عقب استعمال هذه الاستحمامات احتقانات دموية وانصبابات

في الرثتين او المنخ

فهذه هي المستنجات التي تستخرج طبيعة من الاعتبارات والملاحظات المذكورة في هذا المبحث ثم يتم الكلام بذكر امر ينبغي التنبيه عليه وذلك انهم من مدة طويلة نسبوا كبرة موت المولودين الذين حملوا الى بيت اللقطاء لتيسر المنسوج الخلوي ونظن ان ذلك غلط فانه كثيرا ما يوجد مع هذا الداء آفات في المنخ او الرثتين او القناة المعوية مع ان هذه اقل واطوروا كثيرا هلاكا من الاوذ بما كان عدد من مات من الاطفال بهذه الاوذ بما اى تيسر المنسوج الخلوي بدون ان يوجد مع ذلك آفة ثقيلة في بعض الاعضاء بلغ في سنة ١٨٤٦ عيسوية خمسين وها هو بيانها في دفتر الموتى بالمارستان

٨	جنفير	٨	جوليت	٥
٢	فورير	٢	اوت	٢
٤	مرس	٤	سبتمبر	٢
٨	اقريل	٨	اكتوبر	٣
١٣	ميه	١٣	نوفمبر	٥
٤	جوين	٤	ديسمبر	٤

واكثر من دخل المارستان من الاطفال المتيسين كان في شهر ميه وشهر نوفمبر وكان موت معظمهم وخصوصا في الشهر الاخير بافات ثقيلة جدا في اعضائهم وسبب الرثة لان الاوذ بما اى تيسر المنسوج الخلوي

فاذا كانت الاوذ بما موضعية او كانت عامة لكن قليلة الوضوح لم يلزم اعتبار هذا الداء مهلكا ولا يصير كذلك في الحقيقة الا اذا سبب اودام او نضاعف بافة في عضو من الاعضاء الرئيسة للحياة وذكر بعض الاطباء حالة نزيف من السرة عرض في اليوم التاسع بعد الولادة لطفل مصاب بتيسر في المنسوج الخلوي محدود في القسم الخليلي واستعملت جميع وسائط لبقائه فلم تؤثر شيئا وتجدد النزيف اربع مرات ومات الطفل بعد حدوث العارضين بثلثين واربعين ساعة ولما فتحت جنته وجد الشريان السرى الامين مفتوحا ووجد الشريان السرى

الايسر والوريد السرى منسدين بمخلطة من دم جامد بارزة نحو السرة فهل كان
 سبب بقاء التزيف هنا هو تيمس المنسوج الخلوى ظن صاحب المشاهدة
 ان تراكم المصل في الجزء السفلى من جدران البطن سبب ضغطا على الشرايين
 الصغيرة التي تنفذ في هذه الجدران فلم تقدر تلك القربعات الوعائية على قبول
 الدم الذي يتخذ اليها عادة فذهب هذا السائل نحو القروع الكبيرة وفاض
 بمقدار عظيم من الشرايين السرية التي هي في هذا السن هي الشرايين الرئيسة
 للحوض واذ قد عرفت مستنجات هذه المشاهدات وتصورت منها بعض
 اعراض الداء فلنسر ذلك تلك الاعراض وغيرها مما يشاهد في سيره فنقول
 ان الصفات التي تعلن به هي ان يحصل من المطلق هجر للرضاع وصباح له صفة
 مخصوصة واضطراب مستدام ليس معه الحركات التنشجية وخفاف في الجلد
 وهبوط في درجة حرارته وسيمى الاجزاء التي ستصاب به والعادة ان الداء يتبدأ
 بالاطراف البطنية وقد يتبدأ بالاطراف العليا والغالب ان الخدين يصابان
 مع ذلك بالانتفاخ ايضا فاذا كان سير الداء مريعا اصاب البطن والصدر
 وان قيل ان الداء لا يعتمد لذلك اصلا والانتفاخ في الاطراف يكون دائما
 عظيما ويميز بشدة الصلابة ويصيب بالاكثر الجزء الوحشى من الساقين بحيث
 يظن بمجرد النظر ان فيهما اعوجاجا ويكون الجلد المغطى للاجزاء المصابة
 بالتينس ورديا قليلا واحمر غامقا او بنفسيجا او منتعها واذا ضغط عليه بطرف
 الاصبع زال منه اللون الاحمر وخلفه دأ ثمالون اصفر تختلف شدته فاذا كان سير
 الداء حادا كان البرد العام مريع السير وعسر تمييز النبض ثم يضعف
 الصباح ويريد برد الاطراف ويوستها وصلابتها وتزيد تلك الصلابة احيانا
 بحيث تشبه صلابة العضلات في التينوس وتشاهد تلك التظاهرات في الجذع
 ايضا وان كانت اقل درجة في الشدة والتنفس يكون في الاول متعبا ويريد
 التعثر شيئا فشيئا ويتقطع الصباح ويصير الوجه منتعها وينزل الاحساس
 بالنبض وأساوت الموت الاطفال كلهم محتقون وموت معظمهم يكون
 من الاول الى الثالث من ظهور الداء او من الرابع الى السابع وبعضهم نحو

العاشر والثاني عشر بل والعشرين ولا تندر مشاهدة مكث هذا الداء
 شهرا او ستة اسابيع واذا كان الداء مضاعفا بالتهاب في المخ والرتين شوهدت
 اعراض ذلك الالتهاب ككزاز الاسنان واتقلاب الجسم الى الخلف واذا قرع
 على الصدر سمع صوت اصم فاذا كان الداء قابلا للشفاء كان في سير الاعراض
 بعض بطى ويكون التيبس متوسط الكثافة مقصورا على سعة قليلة ولا يكون
 البرد شديدا ويكتسب الصوت بعض قوة ويسهل التنفس ويظهر النبض ويرزول
 انتقاع لون الجلد وتظهر فيه الحرارة الرطبة وقد يتفق اذا كانت الاوذى
 مقصورة مثلا على بطن الساق او القدمين حتى وان كانت المعالجة جيدة السير
 اى يذهب الجزء المنتفخ ويصير شديدا الحرة اذا قوام متين وحرارة قوية وشبه بعضهم
 هذه الحالة بحالة التهاب الاطراف من البرد في اليافعين فتعرض الحمى
 حيثئذ ويضعف الطفل تدريجا ويموت في الرابع وذكر دوجيس لهذا الداء
 صنفين يتميزان عن بعضهما في الاسباب والعلامات والسير احدهما التيبس
 الاوذى وماى وثانيهما التيبس المنعقد وقال ان الاوذى ماوى يحصل للاطفال
 الضعاف وربما حصل من البرد وحده ويكون في الاول محدودا في اليدين
 لو الرجلين ويشفى من ذاته غالبا اذ لم يشتد فاذا اشتد كانت صفاته ما سبق
 واما التيبس المنعقد فيصيب الاطفال الاقوياء السمان ويكون نتيجة برد شديد
 طويل المدة ويصيب غالبا الاعضاء التى فيها عظم كثير فتكون الخدان
 والساقان والسااعدان والفخذان والبطن والعنق والصدر متتابعة او كلها
 معامتيسة في صلابة الخشب ولا تنقاد للضغط وتكون درجة الحرارة جليدية
 تشبه الاجزاء المتيسة بالبرد من رمة متجلدة والجلد يكون متبقعا مصفرا
 واذا وضع الطفل في حمام بخارى تكونت منه نقط تتجمع لبعضها بسرعة
 على الجلد المتيسس بحيث يصير جدا سخينة حتى لو وصل الى ذهاب هذا البرد
 الموضعي لم تذهب الصلابة وظن بعضهم ان هذا الداء يشبه بما يسمى بداء
 بر باد (وهو داء شوهد بمجزيرة بر باد جزيرة من جزائر اقلية بالاميرقة ويقوم
 من التهاب في الساق يشبه الالتهاب الذى تنتجه حتى داء الفيل لكن بدون

تبيس فيكون العضو احر وترتفع عليه نقاط كما في الحجرة ويحصل التقشر
بعد زوال الاعراض الانتهاء ولكن الفرق بين الداء الذي نحن بصدده هنا
وبين داء بر بادان الاول لا يصاب فيه الجلد او يصاب قليلا بخلاف الثاني فان
الجلد هو المصاب بالذات واما اشتباهه بحمى المولودين جديدا وبالبرقان فبعيد
عند الطبيب الماهر ثم اذا علمت ما استتبعناه فيما سبق من مقاومة الامتلاء
العام وتبيس الجلد ليلين وتقوى فيه الدورة والحرارة ويمتص السائل المتصب
فيه علمت ان وسائط ذلك هي الاستحمامات والتبخيرات والكبادات بمطبوخ
النباتات المرخية اولاً ثم العطرية والضمادات وماء جولا رد ومطبوخ الكينكينا
المقوى بالعرقى المكفور والغسلات بالماء المملح او ماء الصابون او صوا ايضا
بوضع الاطراف المصابة في الرمل الحار وبالحرارين قرب الاجزاء المصابة ما يمكن
واللزق الخردلية وبوضع بعض علق خلف الاذن لمقاومة الاحتقان النخى
اذا كان موجودا لكن ذكر الطبيب بالبطه انه عاج ثلاثة واربعين طفلا مصابين
بتبيس المنسوج الخلوى فشفي منهم اثنان واربعون بوضع العلق على الساقين
والحمامات الحارة قال والغالب انه يكفي وضعه مرة واحدة خصوصا
في الاطفال التسامة اشهرهم ووضعه مرتين لعشرة ولدوا قبل تمام اشهرهم
وثلاث مرات لطفلين وذكر ان بروسية اوصى لعلاج هذا الداء بوضع العلق على
الصدر ومع ذلك كله يختار لرضاع المولود مرصعة جيدة اللبن

الباب الثاني

في امراض الجهاز الهضمي

لنقسم القناة الهضمية كما قسمها مكيل الى جزء عنقي وجزء صدري وجزء بطني
او تحت الحجاب الحاجز فالجزء العنقي يحتوي على القم وتوابعه فتذكر اولا شكل
هذه الاجزاء ومنظرها في حالة السلامة مواء في الحياة داخل الرحم
او بعد الولادة

فالتجوير القمي يكون قليل السعة في الايام الاول من الحياة الجنينية
ولا يستحق ان يطبق عليه تجويف حقيقي الا بعد شهرين ويكون معظمه مملوا

باللسان وتكون حركات الفك الاسفل محدودة بحيث يشك الى الآن في حصول
حركات في هذا التجويف شبيهة بحركات الازدياد ولون الغشاء القمى والغشاء
اللساني لا يوجد فيه ما هو عظيم الاعتبار الى مسمة اشهر امامن هذا الزمن
الى تمام الحمل فيلزم له بعض اهتمام فيمكن ان يتلون ويحقق كثيرا وقليلا فقد لارج
بتشديد الرأبليار ثلاثة اجنة في ذلك السن ورأى لون الغشاء في احدهم احمر
بنفسجيا وفي الاخيرين احمر كالحما والغالب ان لون الغشاء القمى من الشهر
السابع الى التاسع يكون ورديا غامقا وحلمات طرف اللسان تكون بارزة
وحلمات قاعدته ترسم اعظم من الاولى وتبرز اكثر منها وقوائم الالهة والالهة
نفسها تكونان على الهيئة التي تكونان عليها فيا بعد والمسافة الفاصلة لهما عن
القوة المقدمة للقم عظيمة في الحين ومن جهة اخرى يكون الحداران الجانيان
لهذا التجويف متباعين عن بعضهما والفك السفلي يصير متحركا بحيث اتسع
تجويف القم وزاد تحرك الفك يجوز ان يفعل للطفل بعض حركات شبيهة
بحركات المضغ وذلك هو ما يحصل بالفعل اقله بمقتضى المشاهدة والملاحظات
والتجربيات التي فعلها هالبرو بعدد بكل في الحيوانات

وعند الولادة يكون الغشاء القمى في الغالب احمر جدا ومثل ذلك ايضا للسان
واللثة فتكون تلك الاعضاء كلها مجملها لاحتقان دموى شبيه باحتقان
الغشاء الظاهر اى الجلد بحيث يظن بمجرد النظر انظره انه ملتهب عند من لا يعلم
صفته الا ان ثم يتناقص منه هذا اللون شيئا فشيئا والغالب ان يكون ذلك
التناقص على النسبة لتناقص لون الجلد لان الاطفال الذين جلودهم متقشرة
اللون يكون غشائهم الخساطى القمى قليل التلون اذا لم يكن ملتهبا

والعدد الاعيانية تكاد ان لا تشاهد في الثلثين الاولين من مدة الحمل وانما يبتدأ
ظهور حجمها نحو الشهر السابع من الحمل ولا تكون في الابداء الا بعض
حبوب مختلطة بالنسيج الخلوى القمى وانما تراكم من السابع الى التاسع حتى
تصير على الشكل المخصوص بها وقنواتها المدافعة تنفتح في تجويف القم
ثقب يكاد ان لا يشاهد قال بليار والغدد التي تحت اللسان هي التي تظهر دائما

اولا ثم التي تحت الفك ثم النكتان

وتلك الغدد عند الولادة تكون مجرد رسم لكن لم تلبث قليلا حتى تنمو بشدة
ثم في نحو الشهر السابع من الولادة اعنى عند ظهور الاسنان الاول القواطع
يزيد حجم الغدد تحت اللسان والتكفية ويحصل منها افراز كثير ويظهر ان نموها
وشدة فعلها يكونان اوضح كلما كانت جدران القم وسما اللثة اكثر احتياجا
للتندية واللين وفي هذا الباب اربعة اقسام

القسم الاول

في امراض القم

وفي هذا القسم اربعة فصول

الفصل الاول

في عيوب التكون

وفي هذا الفصل خمسة مباحث

المبحث الاول

في عدم وجود القم

عيوب التكون في القم وعيوب الوجه عموما شرحها جيدا الطيب لروش
في مباحثه الجليلة الابتدائية وميز عدم وجود القم رأسا عن انسداد فوهته
المقدمة واخذ الشكل منها اسمها من اليوناني سماه به معناه ماذكر وهما استوميا
اى عدم وجود التجويف القمى واثر يسما القم اى انسداد فوهته المقدمة

فعدم وجود التجويف القمى يشاهد اذا وقف نمو عظام الوجه وسما اذا عدم
الفك الاسفل اى لم يوجد وهذا التشوه لا يمكن علاجه والطفل المصاب بذلك
لم يلبث في العادة قليلا حتى يموت قال لروش واحيا نابو ج بدل القم فتحة
غير منتظمة وان كانت موضوعة اخفض جدا من موضع فتحة القم وبينها وبين
الحنجرة والمرئ اتصال وشوهد ايضا بدل القم ثقب في الخد الايمن ثم ان القم
في الجنين الصغير الذى عمره من خمسة اسابيع الى ستة مثلا لا يكون مطبوقا
في الحقيقة غير ان الشفتين قربان لبعضهما فتكون فتحة ماضيقة جدا بحيث

لا ينظر

لا يظن ان هنالك قفحة مع انه يمكن تحقيقها بان تفصل الشفتان عن بعضهما بسن
ابرة فيميز حينئذ جيدا تجويف القم مملوءا كله بل اللسان الذي يلتقي حتى ينضمي
في حافة الشفتين ثم تعظم هذه القفحة في الحالة الطبيعية شيئا فشيئا ويرزول بجوار
حافتي الشفتين ثم في تمام الشهر الرابع تقريبا يصير مجعتهما من كل جانب
محاذيا لخط مستقيم نازل من الجزء المتوسط للشق الجففي ثم في الشهر السادس
الى السابع والتاسع تكسب هذه القفحة قطرا مناسبا لا يقطر الا جزاء الاخر
من الرأس

المبحث الثاني

في انسداد القم

لذا اتفق جميع حافتي الشفتين والتهابهما في زمن تامن ازمته الحياة داخل الرحم
التصقفا كلا اودهضا ومن ذلك تعلم امكان حصول الانسداد التام وغير التام
لهذه القفحة المقدمة من القم وامثلة هذا العيب قليلة فاذا اتفق وجوده لزمن
سريعاء علاجه بشق افقي مناسب الاتجاه على الخط الذي يدل على محل قفحة
القم ثم يمنع التصاق الشفتين بان تحفظا متباعدين ومنقطين برقائد ورباط
مناسب فيوضع مباشرة على الاسطحة المدعمة خرقه رفيعة مدهونة بجزهم
بسيط فاذا كان الالتصاق جزئيا كانت العملية سهلة فتدخل الاصبع في فم
الطفل ليعرف عرض الالتصاق اى اتساعه ويوجه عليها بشرط مع حفظ
الاجزاء السفلى من القم عن ان تتأثر من الآلة فاذا كانت الشفتان ملتصقتين
بالثة لزمن قطع الحجة الالتصاق بمقراض او بيدل بمشرط اذا كان التصاقهما
بالثة بجميع سطحهما الباطن وان كان هنالك عيب آخر من العيوب الاتية
يعالج مع ذلك ويمنع التصاق الاجزاء المنفصلة بعد ذلك بما يناسبها مع غاية
الاحتباء ولا ينبغي ان يشتبه عليك ضيق القم بالانسداد الجزئي الذي ذكرناه
لان الشفتين في هذا الانسداد ملتصقتين بدون ان تفقد المسافة الحادة للقم
شيئا من سعتها بخلاف ضيق القم فانه يقوم من هيئة مخصوصة في الشفتين بحيث
لا يبقى بينهما الا خلوصيق يمكن استخدامه في الاستعمال المعهود لهما وقد

يكون هذا الضيق نتيجة انقباض تشنجي في العضلة المستديرة للشفتين لكن
الغالب حصوله من حرق او قذف جزء بعد اتصال ورم او بعد خراج مجراني
او خنازيري او جدرى او نحو ذلك فاذا كان ناشئا من انقباض تشنجي في العضلة
المذكورة عولج الداء بمضادات التشنج فان كان من حرق او ازالة ورم
عظيم شق المجمعان بالعرض ومنع التصاقهما بوضع صفائح معوجة من فضة
ومن حيث ان حواشي الشق تميل دائما للتضيق يلزم ان يوسع الشق مع الحذر
دائما عن اصابة الشرايين الشفوية التي تمر قرب مجمع الشفتين خوفا من
حصول نزيف كثير

المبحث الثالث

في العلم بفتح اللام وانفصال قبوة الحنك واللهاة

العلم بفتح اللام هو باعتبار اهل اللغة شق في الشفة العليا او في احدى جانبيها
واما الفم بالتحريك ايضا فهو شق في الشفة السفلى ويؤخذ من كلام الثعالبي ان
مشقوقة ما يقال له اشرم واما صاحب القاموس فحشي على ان الاشرم مشروم
الانف مع ان الثعالبي سماه الاخرم ونحن معشر اطباء نحسب بالعلم الشق
الخلق في الشفة مطلقا وكما سمينا ذلك سابقا بالشفة الارنبية ترجع لهما من لغة
الاوربيين ونسبت للارنب في لغتهم لشبه شفة الانسان حينئذ بشفة الحيوانات
القرائة وسميا للارنب حيث توجد فيها تلك الهيئة طبيعة حقيقة العلم
انفصال في شفة المولود العليا وهو الغالب والسفلى وهو نادر كما يندر كون العلم
على الخط المتوسط والغالب كونه في الجانب الايسر وهو يكون باختلافات
شقي ادناها ان يكون مجرد انفصال في الشفة الى ان يتضاعف بانفصال قبوة
الحنك والغلصمة ثم ان العلم اما خلق وهو الذي نبهت عنه هنا واما عارضى
وفي كل منهما اما ان يصيب الشفة كلها او يكون مقصورا على جزء منها فقط
كأنه فم المقدم لهما او حافتها السائبة فقط وفي بعض الاشخاص يكون هذا
الشق الغير الاعتيادي موازيا لمحور الجسم او مخرقا او معوجا واما بالنظر
لدرجة فاعلم قد يكون بسيطا او مضاعفا وهو يتميز منهم اكثر من الاول

بالنظر

بالنظر للعلاج فالعلم البسيط يقوم من شق الاجزاء الرخوة نصفين واما المضاعف
فتشاهد فيه آفات اخر من انواع مختلفة تضاف عليه فقد يكون مضاعفا اولاً
بشق مزدوج في الشفة ويسمى ذلك بالعلم المزدوج وثانياً بشق اربعة الاثف
او احد جناحيه وثالثاً بفصل قبوة الحنك سواء من الامام فقط او في جميع
سعتها ورابعاً بفصل القبوة والغلصمة معا وخامساً باتجاه معيب للاسنان
المخاذية للعلم وسادساً بروز العظام المستندة عليها الشفة المريضة وسابعاً بعدم
وجود قبوة الحنك كلها او معظم الميكعة ومن المهم جداً معرفة تشريح الاعضاء
التي حصل فيها هذا الداء معرفة صحيحة لتعلم كيفية ظهور هذا العيب فيها
وبجميع ما استند كره هنا انما ينسب بالاكثـر للعلم الخلقى في الشفة العليا
لخافتا الشق في العلم تكونان حراوين مخاطيتين ملفوفتين بشبهان بالاكثر
الحافة السائبة للشفة الجيدة التكون وبين الحافتين مسافة مثلثة الشكل ناتجة
من انقباض حاصل في العضلات المحركة في جهتين متقابلتين في الشفتين
المصاين بالعلم يكون دائماً ثما فيه قليل تفرطح لان جناحيه يتبعان الشفة
في انقباضها كثيراً او قليلاً والحاجز الانفي في العلم المضاعف ينمى من الاسفل
وقد يكون المجلس الحقيقي لاحد الشقين في العلم المزدوج على الخط المتوسط
لكن الغالب كونهما معا جانبيين ويتوسط بينهما زر صغيرا وحمة في موضع
الجزء من الشفة الذي ترسم عليه النثرة اى الفرجة بين الشاربين حيال وترة
الانف وهذه الحمة تختلف في الشكل والحجم فتارة تكون كـرية صغيرة
جدا وتارة على شكل مثلث قاعدته من الاسفل وتكون اطول مما في الحالة
السابقة وتنزل الى الحافة السائبة للشفة وتعدم بالكلية في العلم الاكثر تضاعفاً
اى بان يفقد جزء عظيم من الشفة والقوس السفلى العلوى وينشأ من ذلك
تشوه في القووة الفمية يسمى عند عوام الاوربا فم الدب

ثم ان الحافة السفلية تميل لان ترتفع وتنمو في الفرجة المفتوحة في الشفة بان
تحصل في تلك الحافة ضخامة وكذلك الاسنان القواطع فيها ميل لان تتجه
حيثئذ الى الامام فتصير بارزة الى الخارج واتقسام قبوة الحنك في العلم

المضاعف بعرض ايضا لتشوهات مختلفة من المهم معرفتها فتارة كما قلنا
يكون ناما اي يمتد من الحافة السفحية الى اللهاة وتارة يكون مقصورا على
النصف او الربع المقدم من القم لكن نزيد على ذلك ان هذا الشق الخشكي
من الخلف يلزم ان يكون متوسطا اما من الاعلى فتارة يكون متوسطا وتارة
جانبيا فمن الخلف يكون دائما بسيطا بخلافه من الامام فقد يكون مزدوجا
فاذا كان شق القبوة مزدوجا وناما كان قائما من عدم وجود المقفل في الجزئين
الاقبيين من عظمي الفك العلوي وعظمي الخنك فاذا كان من الامام جانبيا
بيسطا او جانبيا مزدوجا لكن هنا عدم التصاق التواء المقدم لعظم واحد
من عظمي الفك العلوي اولهما معلوم ذلك التواء لا يميز في الانسان الا في الازمنة
الاولى من الحياة اما في معظم الحيوانات فينضم بواسطة درز مع عظم الفك
العلوي ويقوم منه ما يسمى بالقاطع

فاذا كان شق القبوة الخشكية متوسطا بقي عظم الميكة سائبا من الاسفل
ومتخسفا قليلا من عظمي الفك العلوي والخنكين منفصلا عنها واحيانا ينضم
معها بالغشاء المخاطي التام فان كان الشق جانبيا بسيطا بقي عظم الميكة
منضمنا من الامام بالعظم الفك السفلي فاذا كان الشق جانبيا مزدوجا حلت
الميكة من الامام الزا المتوسط من القبوة الخشكية المكون من العظمين
القاطعين وهذه القطعة الغير المسوكة من الجوانب تميل دائما لان تذهب
الى الامام في المسافة الخالية بين حوافي تفرق اتصال الشفة والقبوة حيث يوجد
فيها من الامام شق لكل خثرة اقية وفي بعض الاحوال التادرة حيثما تفقد
القبوة رأسا لا يتكون من القم والحفر الاقية الاجيب واسع لم يشاهد في وسطه
حاجرا صلا لعدم نمو عظم الميكة والصفحة العمودية المصفاوية والصفحة
الغريالية واحيانا يفقد ايضا العصب التام والفرع الانفي الخشكي الا في
من عقدة مكمل ويوجد في المخ تشوهات عجيبه بان يكون سطحه اكثر استدارة
من العادة ويختلط فضاء ببعضهما من الاعلى حتى يصير قطعة واحدة واما
الغضفة فسيأتي الكلام عليها

اسباب هذا الداء * اما العلم العارضى فيحصل دائماً من جرح او تقرح
 في الشفة فتلتحم كل حافة على حدها واما العلم الخلقى فيظهر انه ينشأ من انخروام
 حصل في تكون الشفة اى في وضع اجزائها بحيث بقيت هذه الاجزاء
 حافظة لصورها الاصلية زمنياً اكثر من العادة لكن يقال ما السبب لهذا
 الانخروام المانع لنمو الشفتين نمو اعتياديا هذا هو العسر الذى كثرت فيه
 الاقاويل الآن واتسعت فيها خرافات هجرت عندها اهل العلم وبقي منها شئ عند
 العامة وهو ان ذلك من تخيلات الام مدة حملها بسبب رؤيتها لظلام صبا بهذه
 العاهة او روية نار ب او غيره من الحيوانات القراضة التى فيها ذلك واضح منتظم
 في الشفة العليا ومنها اشياء غير ذلك ونهاية ما نقول ان هذا التشوه يتوافق
 في حالة التضاعف مع آفات في المجموع العصبى كاستسقاء المخ او عدم كماله او عدم
 وجوده رأساً او جزء منه سواء اعتبر عدم هذا المجموع اصلاً لعب الشفة
 والقبوة او نتيجة له ولا شك اننا اذا قلنا بالاول كما هو رأى بكلار تقهقرت
 الصعوبة وتذهب من هنا الى المجموع العصبى وحيث لم نقف الآن على السبب
 الحقيقى لهذا الداء نقصر دراستنا على طبيعته ونبحث عن كيفية تأثيره لعل
 بذلك نصل اليه وذلك هو ما اشتغل به المشرحون وسيما مكيل فكلهم ائتمروا
 ان هذا العيب ناشئ من وقوف في نمو الشفة واذا ذكرنا لك كايما في النمو الطبيعى
 لهذا العضو تخيلت كيفية حصول هذا العيب فجميع المؤلفين قالوا ان الشفة
 تنمو ثلاث قطعتة وسطى ونقطتين جانبيتين فاذا لم تنضم بعضها هذه النقط
 الثلاث بل بقي بينها خلية فاصلة لها عن بعضها في الازمنة الاول من الحياة
 الجنينية ولد الطفل مزدوج الشفة اى منفصلة شفته الى جزئين قائمين بتجهان
 بانخرواف الى الوحشية اى الخارج فاذا لم يحصل في تلك الاجزاء الانضمام واحد
 وبقي جزء منها منعزلاً وجدشق واحد على عيين الخط المتوسط او يساره ولم يرتض
 هذا رأى بعض مهرة الاطباء بمن لقينا هم والمختار الآن رأى الجراح
 صانصون واقره بلندن وذلك ان الشفة العليا واللاهة يتوافقان وينطبقان
 في نموها مع الجزء من القبوة الذى يلامسها مباشرة لان هذا الجزء من

جدران الفم مكون من قطع موضوعة على جانبي الخط المتوسط وانضمام اغلبها
 يعين على تكون الخط البارز المتوسط فخر أن يقوم منهما من اول الامر النصف
 الخلفي اعنى اللهاة والجزء المتصل بها اى القريب اليها من القبوة واربعة اجزاء
 تنسب للجزء المقدم من الحنك وللشفة العليا فى الشفة يجعل انضمام الجزئين
 المركزيين قبل غيرهما بحيث يقوم منهما نواة نصير منفردة مع انها كانت
 فى الاصل مكونة من جزئين متماثلين فى التوازي وهذا الانضمام السريع
 هو الذى غر بلومباله ومكيل وبكلار وغيرهم حتى ظنوا ان الشفة العليا انما
 هى مثلثة النقط فقط فى الاصل وتلك الحالة ايضا هى التى بسببها كان
 الخط البارز المتوسط لهذه الشفة قليل البروز جدا بحيث يكون تتوا صغيرا
 فى الحفاة السائبة للشفة ومثل هذا التكون من النقط الاربعة حاصل وثابت
 فى جزء القبوة المجاور لها الموضوعة هى عليه وهيكلك هذه القبوة يبقى مكونا
 زمنا طويلا من تنوعات عظمية مشابهة للعظام القواطع ومن العظام الفكية
 العليا الحقيقية والافصال المتوسط الاصلى للشفة العليا فى الحيوانات اظهر
 مما فى الانسان بل قد تبقى هذه الهيئة فى بعضها كالحیوانات المجتررة وكبعض
 الكلاب مدة الحياة فى حالة منتظمة واما الشفة السفلى فتتكون من قطعتين
 يحصل من انضمامهما الخط البارز وذلك يحصل فيها ما يحصل فى الجزء المقدم
 من الفك الحامل لها فالعلم فيها دائما متوسط لان الشق الاصلى لها متوسط
 بخلاف الشفة العليا فان توسط العلم فيها نادر لان الشق المركزى لها يزول
 بسرعة ومع ذلك يدرك انما كان ازدواج الشق المتوسط للشفة العليا بان يفرص
 ان السبب المخصوص اثر عليها فى زمن قريب لزمن تكونها وقد تحقق ذلك
 بالمناشدة وان كان الغالب كون العلم فى الشفة العليا جانبيا بسيطا او مزدوجا
 لان الشقوق الجانبية التى توجد فى هذه الشفة تطم بعد طم الشق الاول وبموجب
 ذلك تبقى تلك الشقوق اكثر عرضة لقبول فعل السبب المحدث للعلم فاذا كان
 العلم بسيطا كان الغالب وجوده من اليسار لان الشق السفوى فى هذا الجانب
 يزول بعد الاخر قليل بسبب ان الحيوية قليلة فى جميع الاجزاء اليسرى من

الجسم واما اختلاف الحالة التي يظهر فيها شق قبوة الخنك فهي اوضح ايضا
 من حالة الشفة اعني اذا عرف تولد الحالة الاصلية لهذه القبوة عرف حصول
 التنوعات الغير الطبيعية فيها فاذا كان الانفصال في الوسط كان قائما من عدم
 انضمام عظمي الفك العلوى فان كان جانبيا حصل في المحل الذي تنضم فيه في الحالة
 الطبيعية العظام القواطع والفكية العلوية ففي هذه الحالة تميز العظام القواطع
 جيدا بل اعظم من تمييزها في الحيوانات حيث تنضم فيها بعظم الفك المجاور لها
 بواسطة درز مع ان تمييزها في الانسان عسر وشق الجزء المقدم من القبوة
 الخنكية يجذب معه يميننا شق الشفة بخلاف العكس فليس بل لازم وهذا ناشئ
 من الكيفية التي يحصل بها نمو هذه الاجزاء وذلك لان النقط الاصلية للقبوة
 تنضم قبل ذلك في زمن كانت فيه نقط الشفة العليا متميزة عن بعضها جيدا ولذا
 لا يمكن من جانب ان السبب الذي اثر على القبوة في زمن قريب للعلق
 ومنع انضمام اجزائها الاصلية لا يؤثر على الشفة العليا مع وجود الشروط
 المعينة على ظهور العلم فيها ويجوز من جانب آخر ان السبب الذي اثر فيما بعد
 صار عديم القوة على اتساح شق قبوة الخنك التي انضمت قبل ذلك مع انه
 قد يؤثر حينئذ على الشفة العليا التي تكونها متأخر عن تكوين القبوة
 واما الاسباب التي تمنع بعد الولادة انسداد الشق المضاعف الذي يقوم منه
 العلم فكثيرة وذلك لمرور الهواء او الاغذية عليه وحركات حواف الشق وعلى
 الخصوص التكوين الجديد لغشاء مخاطي مغطى ببشرة حقيقية ولذلك
 لم يشاهد اصلا التصاق هذا الشق المكون للعلم بنفسه بخلاف قبوة الخنك
 فان النمو البطيء لعظامها يعين على الانسداد التام او اقله ان تنقص سعة الشق
 نقصا حقيقيا ويعين على هذا التناقص عملية العلم في الشفة ومع ذلك تضايق
 هذا الشق بالتقدم في السن لا يكون سببا لتأخير هذه العملية زمانا طويلا لانها
 هي الوسطة لشفاء هذا التشوه اذ قد عرف جيدا ان هذا الشق يحصل له
 بعد انضمام الشفة ميل عظيم للتضايق وان هذا التضايق يمكن عند ذلك ان يصل
 الى حد بحيث ينتج منه انسداد حقيقي كما شوهد ذلك كثيرا

ثم ان تشوه العلم يكون اظهر كلما اشتدت درجته فيعطى للعلم هيئة مخصوصة
 بشعة اذا كان الشق السفوى مزدوجا وكانت العظام بين الفكين والاسنان
 القواطع بارزة الى الامام بروزا زائدا وما عدا ذلك يكون الانف اخفض
 في الوسط كلما كان شق الشفة اوسع وكانت العظام اكثر تباعدا ففي هذه الحالة
 يحصل في الحفر الاقمية تشوه بحيث ان اربعة الانف تتجه الى الخلف وكنها
 دخلت الى الباطن وتشوه العلم يزيد ايضا مدة الفتح والتلفظ بسبب انجذاب
 حواف الشق الى الخارج اى الوحشية انجذبا قويا واذا كان العلم مضاعفا
 بشق القبوة صار الصوت اصم اخن والتلفظ عسرا ولذلك تتعوق الاطفال
 زمانا طويلا عن الكلام فاذا كان شق القبوة واسعا كان الازدراد شاقا جدا
 والاغذية بكيس اللسان عليها تمر في الحفر الاقمية وتنزوي في تعاريج القرينات
 فتسبب ثقلا عظيما وعطاسا متعبا فاذا تيسر للطفل مص الحلمة والتغذية كان
 ذلك من سعده والطف به

واما العلم المضاعف بعدم وجود القبوة الحنكية وعظم الميكة وجسم عظم
 المصفاة فيعصبه دأما عدم كمال المجموع الحنى وذلك يؤدى الى فقد الحياة ولذلك
 كثيرا ما تصعبه عيوب اخرى التكون ثقيلة كفقده المخ من اصله

العلاج * الوساطة في شفاء العلم هو العملية والجراحون لم يتفقوا على السن
 الذى تعمل فيه ففهم من اوصى بترك الطفل الى السنة الرابعة والخامسة حتى
 لا يتشوش الانضمام من الصياح والحركات الغير المطلوبة وخوفهم من عروض
 هذه التشوهات التى هى كثيرة وثقيلة خطيرة فى اول سنى الحياة ومنهم من قال
 تعمل فى سنى الرضاع ولذلك شفى بها على يد الطبيب بيل طفل له ثلاثة اشهر
 ومنهم من اوصى بان لا ينظر الطفل ازيد من ستة اشهر بعد الولادة ومنهم من
 عملها فى سن عشرة اسابيع وكل منهم يقوى رأيه بمشاهدات ناجحة والذى ينبغي
 الوقوف به فى الطب العلمى هو اولا ان هناك احوالا يلزم فعل العملية فيها
 بعد الولادة حالا كما اذا كان العلم مانعا من مص الحلمة ومن التغذية وثانيا
 ان من المناسب ان يبادر بالعملية للاطفال الذين وان لم يتضرروا كما فى المثال

السابق الا ان العلم فيهم مضاعف بشق قبوة الحنك لان عملية العلم ربما انفسد منها شق الحنك وثالثا انه يمكن الانتظار بدون خطر الى سن خمس سنين اوست لكن اذا اطيل زمن الانتظار عن ذلك ربما طال زمن الالتحام وبالاختصار لا ينبغي اطلاق القول ولا تقييده في زمن العملية لما علمت من اختلاف الاحوال

ولا حاجة لازمة الى استعمال الاشياء التي يسمونها محضرات او الاحتراسات التي ذكرها بعض الجراحين كاللزوقات والعصائب اللزجة والاربطة وغير ذلك مما يمرن حوافي الجرح على تقاربها فان هذا كله هجر رأسا كما لا ينبغي ان يستعمل ما امر به بعضهم من منع نوم الطفل بعض ايام قبل العملية او ان يؤمر بالمخدرات التي تقهره على النوم زمنا طويلا بعد العملية فهذا كله ليس بالازم وانما يكفي ان يكون الطفل جيد الصحة ليس معه شجور كام ولا التهاب خفري ولا نحو ذلك مما يثير السعال والعطاس اللذين يضران الالتحام ويصيران العملية ثقيلة وتغير تامة النجاح ويلزم ايضا ان يبعد عن رأس الجنين قبل العملية ما يثير الهرش والاحتكاك لما ان ذلك يغير انتظام الرباط الذي يعين على حفظ حوافي الجرح منضجة

ثم ان تلك العملية قائمة من جزئين ادماء الحوافي وضمها بعد ذلك فالادماء يصح ان يعمل بكيفيتين اولاهما ان يفعل تقرح سطحي في الغشاء المغشي للاجزاء المنفصلة وثانها ان يقطع شئ من تلك الاجزاء حتى يصير لها سطح دام شبيه بسطح جرح جديد فالتقرح السطحي عمل بطرق كثيرة فالعرب وخصوصا ابو القاسم الزهراوي في بعض كتبه استعمل الكي بالحديد المحمي وغيرهم استعمل زبدة الانثيمون اولزوقا مقرحا او محلول البوتاس او الحمض الكبريتي او غير ذلك وذلك كله هجر الا ان لكثرة عيوبه قالوا انه يبقى الشكل المبروم لحوافي الفتحة بحيث لا يزول بالكي فينتج من ذلك انها لا تنضم الا وترك امام الشفة وخلفها ميزابا عميقا وهو تشوه لا يعمى وثانيا انه لا يمكن الانضمام الا بعد زمن طويل بحيث يكون ذلك معرضا لاصابة الحوافي بعدم الانتظام

فيتشوش بذلك انتظام الالتحام ولذلك كان المختار هو ازالة جزء بالآلات
القاطعة ويوجد هذه الطريقة اصل عند العرب وان فضلوا عليها الكي كما قلنا
لخوفهم من التزيف الذى كلنوا يتعبون في علاجه وعدم جسارتهم على
استعمال الآلات القاطعة والمستعمل الآن من تلك الآلات هو المشروط
او المقرض والثانى هو الاحسن والاسهل وان زعم بعضهم انه يسبب هرسا
والماوان شكل الجرح الذى يحصل منه يتكون من مسطحين متضيقين بزوايتهم ما
نحو وسط حافة الشفة ومتجهين اتجاها متخالفا لكن هذه كلها امور واهية
اذا قويت بالنساع التى منها سرعة العمل

ومعظم هذه الاخطار لا تبقى اذا استعمل مقرض جيد كقراض دبوة الطويل
الشعب المقورة صفاً تجع القاطعة ومع ذلك عيوب المقرض معدومة كلها
من المشروط لان ابلامه قليل وقطعه جيد منتظم عمودى فى جميع سعته على
سطح الشفة ولذلك فضله بعضهم على المقرض وعلى كل حال سواء استعمل
المقرض او المشروط يلزم ان يرال جميع الجزء المستدير الاحمر من الحافة مع اخذ
نحو نصف خط من الجلد ايضا ويلزم ان يؤخذ ايضا الجزء المستدير الذى هو
على شكل حوية حمراء ويكون من الاسفل فى ككل جانب من جانبي الشق
فان بدون ذلك يكون الانضمام غير منتظم من الاسفل ويبقى بذلك بعض التشوه
فاذا كانت الحافتان متساويتين فى الطول ازيل من احدهما مثل ما يرال
من الاخرى فان لم يتساويا فى الطول لزم ان الجزء الذى يرفع من القصية تكون
قاعدته اوسع من الاخرى فالامر المهم هو انضمام الشقين على زاوية حادة
واما تثبيت الشفة عند القطع فيكنى له الاصابع اذا استعمل المقرض ويلزم
جفت بعد وضع صفحة من خشب او مقوى بين الشفة واللثة اذا استعمل
المشروط فلا حاجة للجفوت التى عيئوها لاجل ذلك وانما ينهك على انه ينبغي
ان تسهل العملية بفصل الشفة اى قيدها عن القوس السخى ليكون قطعها
سريعا ويقطع ذلك القيد بالعرض واما الانضمام فالمختار فيه الخياطة
وان تكون قوية لان بها تقارب الحوافي جيدا ويمتنع التزيف الحاصل من

قطع الشرايين الشفوية ويتمنع أيضا انفصال الاجزاء المتقاربة وان تكون بابر من صلب اوفضة اوذهب يلف عليها خيوط مشبعة على هيئة ثمانية بالرقم المغربي اى الافرنجي ثم يتم ذلك بدفع الخدين الى الامام بواسطة رباط ضام واحيا ما يراى على ذلك العصابات الزرجة واما كيفية العملية فسنذكرها على الاثر فى العلم البسيط ثم المضاعف

الاولى كيفية العملية فى العلم البسيط * يحضر مشرط اعتيادى ومقراض قوى وجفت تشريح او كاشة وابر مفرطحة من حديد طولها قيراط ونصف واحد طرفها ذوسن وحواف قاطعة وطرفها الآخر مبروم بدون رأس فيه ويصح ان تكون الابر كما قلنا من فضة اوذهب او بلاتين ولكن تنتهى بطرف من فولاذ ويحضر خيطان مشمعان مكوanan من اجتماع ثلاثة خيوط او اربعة بواسطة الشمع وطول احدا الخيطين ثلاثة اقدام والخيط الثانى اقصر من الاول ورفادتان صغيرتان يوضعان تحت اطراف الابر ورفادتان درجيتان مربعتان اقوى من الاولين بحيث اذا وضعتا على الخدين لم يحصل من الرباط الضام الذى يلزم ان يمر فوقهما ضغط على اطراف الابر ثم قطعة خرقة عرضها ثلاثة اصابع وطولها يكون بحيث اذا وضع جزؤها المتوسط على قبة الرأس فطرقاها اللذان ينزلان على الخدين ويدخلان تحت الرباط الضام الحافظ لهما اذا رفاع بعد وضع هذا الرباط يمكن ان يتصالبا على قبة الرأس ثم رباط طوله من اربعة اذرع الى خمسة وعرضه قيراط ونصف ويلف هذا الرباط من طرفيه لبصير كرتين ووظيفته تثبيت قلنسوة المريض على رأسه ثم رفادة اخرى تعمل على هيئة المقلاع ويحضر ايضا لمن اراد العمل بالمشرط الواح صغيرة من خشب او مقوى سمكها خط وعرضها من اثني عشر الى خمسة عشر خطا وطولها ثلاثة اصابع ومستديرة من احد طرفيها فهذه هى الآلات والجهاز اللازم تحضيره للعملية ويلزم للجراح مساعدان احدهما يثبت المريض والاخر يناول الجراح ما يلزم له من الآلات

ثم يوضع المريض تجاء شباك مضى على كرسى اذا كان غير صغير جدا

وعلى ركبتى مساعد اذا كان طفلا ويسند المساعد الجالس خلف المريض
 دأماً رأس هذا المريض على صدره واضع ايديه على خديه امام الجزء السفلى
 للعضلة الماضغة نحو المحل الذى يتصلب فيه عظم الفك الاسفل فى اتجاهه
 مع الشريان الوجهى وكأنه يضغط على هذا الشريان ويمسك ايدى
 الطفل مساعدون جالسون على جانبيه ويحاط بلامه تلف عليه ليحفظ من الدم
 الذى يسيل مدة العملية واما الجراح فيجلس امام المريض ويمسك الشفة باليد
 اليسرى بحيث يكشف الثنية المخاطية التى تثبتها بالحافة السخية ثم يقطع
 بالمشروط فى مرة واحدة هذه الثنية بالعرض ثم يمسك الحافة الجينية للعلم بالاهاام
 والسبابة اليسرى ويأخذ المقرض ويجعلها بين شعبتيه بحيث تكون احدهما
 من الامام والاخرى من الخلف ويكون حدهما التقاطع عموديا على السطح
 لهذا الجزء ويشق فى مرة واحدة شقا يصعد به اعلى عن الزاوية العليا من تفرق
 الاتصال قليل ويأخذ فيه جميع الحافة الحجر المبرومة ثم يمسك بالشفة الجزء
 السفلى للحافة اليسرى من العلم ويمدها جاذبا لها الى الاسفل ثم يفعل بالمقرض
 الذى مسك وهي كما فى المرة الاولى شقا يزيل به هذه الحافة كما فعل بالحافة
 السابقة ويوصل هذا الشق بالاول على زاوية ولا بأس ان يتم الفصل بالمشروط
 فاذا اراد فعل العملية بالمشروط وضع لويحة الخشب او المقوى خلف الجانب
 الايمن للشفة الى اعلى زاوية الشق العلمى ويضع السبابة والوسطى خلف اللويحة
 ويسند الاهام على الجانب الايمن للشق فيثبت بها الشفة على اللويحة ويأخذ
 المشروط كما يقطع به من الخارج الى الداخل ويغرس منه الى اللويحة اعلى عن زاوية
 الشق قليلا ثم يضعه على الوجه المقدم للشفة على الخط الذى يلزم ان يفعل فيه
 القطع ويقطع فى مرة واحدة جاذبا الالة اليه فاذا لم يقطع الغشاء الباطن للشفة
 بهذا القطع الاول فصل يشق ثان فاذا فرغ الجراح من الحافة الجينية ينقل
 اللويحة خلف الجهة اليسرى للشفة التى يثبتها بظفر الاهام للوضوع على الجزء
 السفلى لحافة الشق مدة ككون مساعد يكبس الشفة على اللويحة مستندا
 باهاامه على الجانب الايسر للشق ويزيل الجراح الحافة اليسرى لتلك الشق

كما فعل في اليمن واختاروا بهذه الكيفية وفضاهما على كيفية المقراض ونحن
 نختار العكس لسهولة فعله فهذا هو الجزء الاول من العملية ويوقف التزيف
 بالضغط الذي يفعل على الشرايين الوجهية او مباشرة على الشرايين الشفوية
 في سلك الشفة نفسها وانضمام حوافي الجرح جيدا لكي لا يقاف هذا التزيف
 ثم بعد ذلك يعالج الجرح الذي فعله بان يمسك الحافة اليسرى لتفرق الاتصال
 ويجذبها الى الاسفل والانسية وتمسك باليد اليمنى ابرة بين الابهام والوسطى
 مع استناد السبابة على طرفها المحفوف ويوجه سنها بعدد دهنه بالشحم او المرهم
 نحو حافة الشفة في المحل الذي ينضم فيه الجلد والغشاء المخاطي ويحتلطان
 بعيدا عن السطح اللدم بخطين تقريبا ثم يغمسها بمحرك ككة تنجبه بان تحرف
 من الخارج الى الداخل ومن الامام الى الخلف ومن الاسفل الى الاعلى بحيث
 تسير الالة في سلك الشفة الى محل انضمام ثلاثة ارباعها المقدمة بالربع الخلفي
 حتى تظهر سن الالة على سطح الجرح ترك هذا الجانب من الشفة ومسك الجانب
 الاخر بتلك الكيفية ويقرب الاول ليعرف محاذاة الجزء الذي يتدأ منه دخول
 الابرة ثم تغمس الالة في هذا الجانب متجهة من الباطن الى الظاهر ومن
 الخلف الى الامام ومن اعلى الى اسفل حتى تخرج من المحل المحاذي لما دخلت
 منه في الحافة الاولى ثم يؤخذ الخيط المتوسط الطول الذي حضر مع الجهاز
 وتلقى عروة منه حول هذه الابرة ويسلم طرفاه لمساعد يجذبهما الى الاسفل وهذا
 الخيط كما يجندم لمنع حافتي الجرح عن ان يتباعد او تخرج الابرة منهما يتقع
 ايضا لتثبيت الشفة تثبيتا متينا وتسهيل وضع الابر الاخر اللازمة والغالب
 ان توضع ثلاث ابروا حياثا اربع او ثنتان فقط على حسب طول تفرق الاتصال
 ومن المعلوم ان وضع الثانية والثالثة والرابعة سهل جدا فتغمس الالة بالعرض
 في شفتي الجرح كما فعل اولادنا لاجل مساعدة وضع هذه الابر لا بأس ان ترتلق
 السبابة من اليد اليسرى خلف الشفة وانما الابرة الاولى وحدها هي التي تنجبه
 من الاسفل الى الاعلى في الابتداء ثم من الاعلى الى الاسفل فهذا الاحتياض لها
 ضروري لا لاجل ان يتكون كما قال معظم المؤلفين نحو الجزء السفلي من اثر

الالتحام انتفاخ صغير يشبه الانتفاخ المتوسط للحافة السائبة في الشفة
لان العلم من حيث انه في الغالب جاني يكون هذا الانتفاخ في محل لا يكون
فيه في الحالة الاعتيادية فيه تكون تشوها جديدا وانما هو لاجل ان يمنع
بقاء تقوير على الحافة السائبة للشفة بعد العملية

ثم ان الجراح لاجل تميم الخياطة يجذب بلطف الى الاسفل عروة الخيط الملقى
من زمن طويل على الابرة الاولى ثم يأخذ الخيط الطويل الذي كان محضرا مع
الجماز ويضع وسطه اعلى الابرة السفلى فيكون من ذلك عروة ثم يوصله
الى اسفل الابرة ويصالبه على هيئة ثمانية بالرغم الملقى امام الجرح ويمر به ثلاث
مرات او اربعة حول هذه الابرة مصالبا كما ذكرنا وشاداله شدا لطيفا
لتلاصق حافتا الجرح ملامسة جيدة ثم يصعد نحو الابرة الثانية مصالبا
في المسافة المتصالة لها عن الاولى ويمر بالخيط من خلفها ويرجع به الى الامام
فاغلا به مصالبا كالأولى وشاداله بتلك الكيفية وبعد تكرار هذه اللقات ثلاث
مرات او اربعة يصعد بالخيط نحو الابرة الثالثة والرابعة اذا كانت هنالك رابعة
ويضع كما فعل في الثانية ويلزم بعد ذلك ان ينزل نحو الابرة المتوسطة وهناك
يوقف اطراف الخيط بشيطة وعدد المصالبات التي يلزم فعلها بالخيط يلزم
ان يكون بحيث يحتفي فيها جميع الوجه المقدم للجرح فاذا تمت الخياطة
تقطع قرب الجلد عروة الخيط التي كانت موضوعة على الابرة السفلى ثم توضع
الخرق الصغيرة تحت اطراف الابر ويتم ذلك بالرباط الضام للطبيب بيت
اودسولت ويوضع رباط ذقني اى الرفادة القلاعمية التي ذكرناها في الجهاز
وكيفية ذلك ان يوضع على قمة الرأس وسط عصاة تنزل طرفاها على طول
الصدغين والخدين ثم يوضع على الخدين الرفائد الدرجية التي يحفظها المساعد
الذي خلف المريض ويدفعها الى الامام ثم يوضع على الجهة وسط الرباط
ذي الكرتين ويثبت بدبوس ويمر بالكرات الى الخلف مارا فوق الاذنين
ثم يوصل اليها على القعدوة مضرا اليد ويثبت محل التصالب بدبوس ويمر بهما
حتى يصل الى الامام مارا فوق الاذنين وعلى رفائد الخدين ثم يصل الكرتين

لمساعدتين ويعمل في فرع احدهما في المحل المحاذي للضائقة ثم قام بتقليد
 يدخل فيه الفرع الآخر ثم يجذب الصكوات من الخلف الى الامام بالعكس
 حتى اذا حكم بان قوة الجذب كافية يضع الفرعين على الشفة ويمر بهما على
 اللذين وتحت الاذنين ليصل بهما الى القمعدوة حيث يصالهما بان يقلعهما
 من يد الى الاخرى فمن هناك يصلان الى الجبهة ثم على القمعدوة ثم على اللذين
 ثم يفعل ايضا شقا آخر في احد الفرعين ويدخل فيه الفرع الثاني ويجذبهما
 بالتخالف حتى يوصلهما الى القمعدوة ونعم الرباط بلفات حول الرأس ثم يرفع
 فرعي العصابة التي وضعها بالعرض تحت الرباط ويمسكهما على قمة الرأس
 بدبوس ثم لاجل تحديد حركات الفك توضع رفادة المقلاع على الذقن
 وللاجل شدة تمكين الرباط يثبت كل نصالب بدبوس

وبعد العملية يلزم المريض الراحة والسكون والسكون التام حتى يرفع
 انفسها من الاول ولا يستعمل شيئا من الاغذية الصلبة وانما يستعمل مغليا
 من طبيا وبعض اطباء لطيفة تعطى له بواسطة برزوزا بريق وعمالزم اذا عرض
 صداع وصار للمريض مهددا باحتقان مخي او تشنجات ان يؤمر له بمحمام قديم
 حار لو مخردل

الثانية عملية العلم المضاعف * قد تكون عملية العلم اكثر تضاعفا ومعبوبة
 مما ذكرنا وذلك يعرض اذا كان شق الشفة معجوبا بشئ من المضاعفات التي
 ذكرناها فلنجت على تلك الاحوال التي من السعد كونها نادرة

الاول عملية العلم المزدوج * اذا كان الزر الفاصل للشقين صغيرا ومنضمنا
 بالحفر لزم ادعاء الحافتين الرئيسيتين للعلم كما قلنا في البسيط ولكن المناسبات
 الانتباه لان يجتمع الشقان بالتهراف فوق هذا الزر الصغير ليزال بذلك وبضبة
 العملية كما قلنا في الحالة البسيطة اما اذا كان الزر المتوسط للشفة كبير
 الطول وعريضا وقابلا للتمدد فانه يلزم حفظه فتدعى على التعاقب في آن واحد
 جانباه مع الحافتين المتقابلتين من الشقين ثم توضع الابر مع الاحتراس على
 انديمير بها في الجزء المتوسط من الشفة اعنى في الزر فاذا نزلت الحيلة الى الحافة

السائبة للشفة لزم ادماؤها كغيرها واذا كانت قصيرة جدا لا يبلغ ذلك لزم
ادماؤها ايضا لكن يعطى لها شكل مثلث قاعدته من الاعلى وقته من الاسفل
بحيث انه بعد انضمام الجرح تختفي قمة هذا الجزء في المسافة بين الحافتين
الاصليتين للعلم ويصال بذلك التحام يكون على شكل سبعة بالهندي مفتوحة
من الاعلى ومن المهم ايضا في هذه الحالة ان تنفذ الابرة الاولى في قمة الزر ولا يلزم
العمل بما قاله بعض الجراحين من ان العملية في العلم المزروع تقسم على مرتين
خوفا من تضاعف العملية على المريض

الثاني العلم المضاعف بشق اربعة الاثنا واحد اجخته * هذا التضاعف نادر
ولا يحصل منه تنوع في عملية العلم وانما يقال هنا هل المناسب ان تعمل في زمن
واحد عملية الشق وعلمية الانف تقول نعم فبعد ادماء حافتي تفرق الاتصال
الانفي ادماء سطحيها بالمقراض تضم الحواف في بعض غرز خياطة متقطعة
الثالث العلم المضاعف بانفصال القبوة الخنكية * اذا كانت هذه الحالة وحدها
مضاعفة للعلم يودر بالعملية كما قلنا ولا يحصل من هذا الانفصال تغير في تلك
العملية واما قس انفصال القبوة فلا يستدعي معالجة جراحية وانما ينتظر
شفاءه من نفسه بدون واسطة واما الوسائط التي ذكروها لدفع العظمين القكين
المنفصلين احدهما نحو الاخر فضعيفة التعقل لانها لا تكون قوية
الا اذا طال فعلمها وقوى جسدا وذلك غير ممكن لانه يتسبب عنها حينئذ
اعراض مغبة

الرابع العلم المضاعف بشق القبوة واللاهة * العلم الذي من هذا الجنس يوجد
فيه تفرق عظيم جدا في حوافي الشفة وتقريب تلك الحواف في العملية
مؤدجا واما العصائب الزوجة والرباط الضام المستعملان كساعدين للخياطة
فليس تأثيرهما قويا واوصى الجراح روس بان في هذه الحالة التي نحن بصدد
لا تضم الشفة العليا الا بعد ان تعمل عملية خياطة اللاهة والامر كذلك لان
هذه العملية تكون حينئذ اسهل لكن لا ينبغي لنا اهمال ما ذكره هذا الطبيب
ايضا من ان خياطة اللاهة لا تنجح غالبال دأما اذا كانت القبوة واسعة

الانفصال فمن حيث ان عملية العلم ليست كذلك نرى انه يلزم ان يتبدأ بها وسيا
اذ اودر به علم اليهان بذلك على التقريب في القبوة الحنكية اذا لم يحصل
الانسداد التام وذلك جودة حال في خياطة الالهة فيما بعد

الخامس مضاعفة العلم ببروز الاسنان الحاذية لها * ينبغي قلع الاسنان اذا
اتجهت الى الامام جدا وبذلك ترجع للعلم البسيط وسبق شرح علميته

السادس العلم المضاعف ببروز العظم * هذا النوع يستدعي معالجة مخصوصة
فان هناك احوالا يكون البروز العظمى فيها مكونا من العظام التي بين الفكين
منه صلة عن الفك العلوى ومسوكة فقط بمحاجر الحفر الانفية فالمناسب حينئذ
ان يجرب الضغط مدة طويلة على هذه الاجزاء كما وصى بذلك دسوات ووصل به
الى اندفاع هذه العظام الى الخلف اندفاعا كافيا اما في الاحوال التي لا تيسر
انقياد العظام فمع ذلك فيلزم ازالة الجزء البلرز بالكاشة القاطعة

السابع العلم المضاعف بعدم وجود القبوة الحنكية رأسا * هذا النوع شوه
كما قلنا ويوجد مع الطفل ايضا من وقت ولادته عدم كمال في اجزاء اخر من الجسم
كفقد الفم وتلك حالة ثقيلة يموت منها ومن نظائرها الطفل سر يعاوم ذلك
اذا تيسر للشخص ان يستنشق ويحیی لزم المبادرة بعملية الشفة لتعين على تكون
بعض جواهر عظمية لكن من حيث انه لا يمكن مص الحلمة في هذه الحالة لزم
بمعدة بزوزا بريق او مجسم من صمغ مران ان يدفع في بلعوم هذا الطفل الصغير
اللبن وغيره من الجواهر المغذية

ثم ان الجهازا الذي يوضع بعد عملية العلم ينبغي ازالته بعد ثلاثة ايام في الاطفال
واربع في الكبار البالغين فلاجل ذلك يتبدأ باخراج الابراب بعيدة عن الحافة
السائبة للشفة ثم بالباقي على التعاقب ويلزم الاحتراس على دهن طرف هذه
الابراب المرهم البسيط قبل ان يمر بها عند الخروج في اللحم ويلزم ايضا في اخراجها
ان يستند بلطف على جوانب الجزء المقدم من الخيوط لاجل ان لا يتشوش
الاتحام ولا يعرض للتزق ثم يرفع الخيط بان يجذب من اعلى الى اسفل على اتجاه
الجرح ويلزم في جميع هذا الزمن ان يجلس مساعدا خلف المريض لينبت رأسه

ويحفظ خديه مدفوعين الى الامام وبعد ذلك لا ينبغي ايضا ترك الاعضاء ونفسها لان الالتحام الذي لم يزل ضعيف الا كية ربما تحرك لاتبجاه مخالف بفعل عضلات الشفة فربما كابد الجرح استطالة في العرض تكون مبنية ثقباً للتشوم وفلاجل الحذر من هذا الخطر يلزم بعد وضع نسالة من قطنك مدهون بالمرهم البسيط على الثقوب الملتببة المتقيحة بعد اخراج الابر منها ان يوضع فوق ذلك عصا لينة طويلة ويحفظ الكلي بالرباط الضام الذي استعمل بعد العملية

وينبغي زيادة الاحتراس على المريض في اليوم الاول والثاني ثم يترك ونفسه واحيانا لاترفع الابر والخسوط كلها معا في يوم واحد وانما تبقى الخسوط الى اليوم التالي ويضعل كما قلنا في الحالة التي ازيل فيها الجهاز كله دفعة وقد تعرض عوارض بعد العملية من السعد كونها نادرة وذلك كالتشنجات والنزيف من الشريان الشفوي وتقرح التفتة تقرحاً عميقاً من الابر واحصول التهاب شديد فيها ينتشر على سطح الجرح ويمنع الانضمام بالاتباء الاول وقد يتزق الالتحام في يوم رفع الجهاز الاول ومعظم هذه الاخطار المغممة قد تنشأ من عدم مراعاة الاحتراسات عند العملية فالنزيف مثلاً ينشأ بالاكثرة من ضعف صلاحية انضمام الجرح والتقرح والالتهاب من الشد القوى للخيوط المتصالب حول الابر واما التشنجات التي تعرض للاطفال في هذه الحالة فلا يمكن التحرز عنها ويخاف منها مهما كانت العملية لكن بعد الفراغ منها لا يكون لها شيء مخصوص

المبحث الرابع

في انقسام اللهاة وعليتها

قد يولد الطفل ولهاة متقسمة الى قسمين ولذلك الشق درجات من المهم معرفتها ويكون داءاً متوسطياً لكن تارة تصيب اللهاة وحدها وتارة يمتد لقبوة الحنك ففي الحالة الاولى قد لا يصاب الا الفلصلة فقط وقد يحتمل على ربع او نصف علو الالهة او اللهاة كلها وفي الحالة الثانية قد يكون الشق الحنكي المضعف

مضاعفة ثقيله لشق اللهاة فاصرا على الجزء الخلفي من سقف الحنك وقد يمتد
جميع القبوة بل وللشفة العليا

والشق الخلفي في اللهاة عيب من عيوب التكون مشابه للعلم في الشفة العليا
ويلزم ان يكون حصوله كهو من وقوف النمو في الاجزاء المصابة به وذلك
لان اللهاة تنمو من النصفين الجانبيين اللذين ينضجان مدة الحياة الجنينية
ويحتلطان في الخط البازر المتوسط الذي يسير من الاعلى الى الاسفل من قبوة
الحنك الى الغلصمة فاذا تعجل وقوف النمو انقسمت قبوة الحنك ولهاة الى قسمين
فاذا تأخر الوقوف نتج من ذلك السبب انفصال اللهاة قط كلها او جزئها
السفلي ولم يشاهد اصلا فصل اللهاة من الاعلى مع بقاء جزء السفلي في الحالة
الاعتيادية واما العكس فكثيرا المشاهدة واذا شغل عن سبب هذا الوقوف حال
نمو هذه الاعضاء نقول ليرى ذلك مجهولا الى الآن فليزله مشاهدات
واجلث كثيرة ويمكن ان يخترع لذلك افتراضات بدعية غير انما ظاهرية
تقنع وترضى بها عقول من يسأل عن البيان الظاهري ولا يريد التعقق
في الاسرار الخفية في البنية

وهناك سؤال آخر جوابه اقل سهولة من السابق وهو هل الشق في اللهاة تابع
لشق القبوة او العكس او انهما يحصلان معا بدون ان يؤثر احدهما في الآخر
والذي نطمح لرأسه من المشاهدات هو انه لم يشاهد انفصال الجزء الخلفي من القبوة
بدون ان يحصل قطيره من اللهاة ومن جهة اخرى ان انفصال اللهاة وان لم
يستلزم اكثر من العلم شق القبوة الا انه كثير اما يشاهد توافق هاتين الحالتين معا
فالكون التام المنتظم للهاة يستدعي بالضرورة التكون التام المنتظم للجزء
الخلفي من القبوة وكذلك التكون الغير الطبيعي للهاة يوجد غالباً مع النمو الغير
المنتظم لجزء القبوة المتصلة به تلك اللهاة فعلى ذلك يلزم باعتبار القوانين
المنطقية ان نجيب عن السؤال السابق باختيار ان اللهاة تستدعي نمو الجزء
الخلفي من القبوة ولكن المقرون والعكس ونزيد على ذلك ان خيلطة اللهاة
اذ حصل منها النجاص في حالة ما اذا كان هناك انفصال فيها وفي القبوة يترجى

ضيق اتصال القبوة بل انسدادها بالكلية مع انه لم يشاهد اصلا زوال اتصال
اللاهة من نفسه اذا حصل نجاح وسعد في ازالة انسداد شق القبوة من
اول الامر

ثم ان شق اللاهة عيب كثير الوجود لانه اقل من العلم في الشفة وذلك لان
اللاهة تنوب قطبتين فلذا كان اتصالها اقل احتمالا من اتصال الشفة العليا
التي يتدأ تكونها بربع تقط او اقله بثلاث نقط

فاذا كان الشق محدودا على اللاهة وجد فيها على الخط المتوسط فرجة اى
شق مثلث قاعدته من الاسفل وتارة يكون مربع الشكل اذا كانت القبوة
واللاهة منقوتين معا فاذا كان الفم منسدا والمريض يستشق من الانف
تلاصقت شفتا فترق اتصال اللاهة او اقله ان تنجس احدهما فهو الاخرى
فبما ربان ما يمكن لكن متى انفتح الفم انقبضا انقباضا شديدا الى الخارج اى
الوحشية من تأثير العضلات الوحشية المحيطة بالغلصمة فيكونان على جانبي
البمعوم بحيث تكسب الفرجة التي بينهما حيثئذ اقطارا عظيمة فيظن يبادئ
الرأى ان اللاهة قد منجزه وان تقرب جزيئها الجانبيين لبعضهما غير ممكن
مع انه بعد بعض لحظات من السكون وقت رد النفس لم يلبث الحال قليلا
حتى يشاهد رجوع هذين الجزئين المنقبضين على بعضهما ~~لا~~ يمكن بحيث
لا يتلاصقان اصلا فذلك يمكن ان يحكم على حالة الاجزاء المشاهدة بحكم اصح
واضبط لان ادنى لمس باصبع او بالة ما تقا عدة اللسان او الجزء آخر من الحلق
يفتح ظاهرات الانقباض الذي ذكرناه المعرضة له تلك الاجزاء لكن بدرجة
اشد مما اذا لم يكن هنالك الامجرد فتح الفم وتلك الحالة التي هي متعبة لعملية
تصلح اللاهة تلزم الجراح بان يتكلف في مسك الاجزاء بالآلات غاية التعب
والتكلف ويقوم في انضمامها مشاق متعبة عند ارادة النفوذ في بابها الخبيطة
ولا يخفى عسر ذلك

وانشقاق اللاهة لا يحصل منه تشوه عكس ما في الشفة فلا يراه المشاهد في اول
الامر لكن يحصل منه في اتمام بعض الوظائف كالازدراء والتلفظ تنوعات

بحيث يعرف منها وجوده قبل البحث فيه فيصير ازدراد السائلات عسرا بل غير
 ممكن في بعض الاوضاع اذا كان الرأس مائلا الى الاسفل بان كان الطفل موضوعا
 وضعا فنيا فثلا لا يتيسر للمصليين بهذا العيب ان يشربوا من حافة قناة ماء
 او من بزوز حنفية ولا يمكنهم فعل الفراغ في باطن فمهم ولا تمدده بالهواء فلا يتأتى
 الارضاع بالآلة من آلات الهواء ولا بدونها وانما يتأتى ارضاعهم اذا فعل فيهم
 ما فعله روس من ايقافهم اى جعلهم في وضع عمودى لا في وضع افقى وتساعد
 حركة المص بضغط خفيف على الثدي لينصب اللبن في قعر افواههم فاذا كان
 هناك اتصال واسع بين الفم والحفرة الاتية كان الاحسن سقى الطفل من بزوز
 او بملعقة صغيرة فقد سهل للطبيب روس طفل مصاب بانشقاق اللهاة والقنطرة
 وله ثمانية ايام لم يرضع فيها فسقاه ماء سكر باملعقة صغيرة وهو في وضع عمودى
 بحيث شرب مائلا **ك**وبه كنية وبهذه الكيفية تيسر ارضاعه بالعنانة
 مع هذا الاحتراس المذكور فسلم الطفل بذلك من النحول الذى كان فيه وانشقاق
 اللهاة يحدث مدة القىء مرورا للمواد في الحفرة الاتية فيضاف الكرب الحاصل
 من ذلك على التعب الاعتيادى من القىء واما كلام المصايين بذلك فيكون اصم
 اخن ومن الانصاف ان نزيد على ذلك انه يوجد في الكلام اختلافات عظيمة
 الاعتبار ناشئة من اللغة التى تتكلم بها هؤلاء الاشخاص فلا تقلزون احسن
 من الفرنسيين في ذلك قال بلندن وهذا شئ لم تلتفت له الاطباء الى الآن فقد
 عرض علينا شخص صغير مصاب بذلك ويتكلم بكلا اللغتين بسهولة واحدة لكن
 اذا تكلم باللغة الفرنسية طهر في صوته خنخنة كريهة واذا تكلم باللغة الانكليزية
 كان صوته قريبا من الصوت الاعتيادى عند التكلم بحيث انه في هذه الحالة
 الثانية لا يمكن ان يظن ان معه انشقاق اللهاة

وهذا الانشقاق كثير الحصول وما يستغرب ان علميته الخاصة به انما الههها الله
 للاطباء من زمن قريب وذلك العملية المسماة بتصلح اللهاة لطيفة دقيقة
 اكثر من كونها عسرة صعبة قد استدعى جراحا ماهرا خفيف اليد سهل العمل
 هذا هو الفرق بينهما وبين عملية العلم وبالنظر لذلك لا يمكن فعلها في اول سنى

الحياة فلاجل نجاحتها يلزم ان يعرف المريض الاهتمام والاعتناء الذي يلزم
لشفائه شفاء تاما ولا يعرف مقدار هذا الاهتمام الا اذا كان متقدما
في السن عنده نوع تمييز تام قال بلندن ومن الغلط فعلهما لاطفال عمرهم اقل
من خمس عشرة سنة فان الاطفال الذين لم يبلغوا هذا السن لا يتحملون مشاق
الاعمال الطويلة للعمليات ولا يتدرون على تحمل الاقتصاد والحمية المستطيلة
بدون خطر عليهن ومع ذلك كله تقول من سوء البخت ان تصلح اللمهة لا يمكن
فعله في الصغار جدا وذلك لان الحالة التي يوجد فيها انقسام اللمهة والثبوة معا
يلزم ان يحصل من انضمام الاولى نتيجة تكون اعظم في اصلاح الثانية
كلما كان فعل العملية في زمن اقرب للولادة انتهى وقال بليسا لا يمكن في الايام
الاول من الولادة فعل الوسائط العلاجية التي اخترعها الجراحون لعلاج
هذه الامراض ونجحت معهم واتمما يلزم الانتظار حتى يتقدم الطفل في السن
وبالجملة ففعلها في زمن المرافقة او ما قرب منها انسب

ثم ان عملية تصلح اللمهة والغصمة كغيرها من العمليات التي غايتها انضمام تفرق
انصال خلقى او عارضى تتركب من جزئين يفعلان في زمنين احدهما ادماء
الحاقتين وثانيهما انضمامهما ويصح ان يعمل ذلك بطرق كثيرة نذكر منها اولا
مع التوضيح طريقة الجراح روس لكونها كاملة جيدة وتتبعها بغيرها
من الكيفيات

طريقة روس * قال بلندن قد رأيت هذا الجراح يفعلها بجملة مرات وهي
تستدعي جملة مساعدين منهم من يحفظ رأس المريض ويديه ومنهم من يناول
الآلات ويساعد الجراح والجهاز يقوم اولا من ثلاثة خيوط للربط مسطحة
كل منها مركب من ثلاث فتايل رفيعة او اربعة وثانيا من ست ابر تنظم كل
واحدة في طرف خيط من الخيوط وثالثا حامل ابرة وربعا جفت اعتيادي
فيه بعض طول جيد الاسنان وخامسا مشرط طويل مستقيم ضيق الحد له زر
في طرفه وقاطع من ناحية زره فقط او ملفوف عليه خرقة ماعدا ثمانية خطوط
او تسعة من سنه وسادسا مقراض مخن قليلا على حاقيه او تام الاستقامة

ويحضر

ويحضرماء بارد وخل واواني يلقى فيها الدم وبصاق المريض وملاء واحدة
اواكثر واما امر به بعضهم من تجهيز ادات من خشب الخفاف توضع بين
الاسنان لمنع تقارب الفكين فليس عظيم النفع لان المريض لا يكون عنده ميل
لطبق فله اذا احسن شكلب الآلات فيه

ويصح لاجل ادماء الحوافي ان يستعمل جفت صناعى دقيق الاسنان جدا
بحيث يمسك حوافي تفرق الاتصال مدة القطع وحامل الابرة للطبيب روس
جفت ذو فرعين يتباعدان عن بعضهما بمرورهم او يحصل تقاربهم ما بحلقمة تدفع
عليهما بواسطة سلك يمر في يد الالة على طولها فاذا جهز ذلك كله يحاط المريض
بملاء ويجلس على كرسي منخفض قليلا امام شبالة مضيء ورأسه منقلب قليلا
الى الخلف ويحفظه مساعد في هذا الوضع خلفه ومساعدان على جانبيه يثبتان
اليدين ويمسكان الخليوط اذا وضعت ومساعد آخر يناول الجراح الآلات
اللازمة له واما كيفية العمل فيوضع كعب الابرو واحدة بعد واحدة بين اسنان
حامل الابرة ثم يمسك الجراح تلك الآلة باليد اليمنى ليدخل بها الابرة في الجانب
الايمن من اللهاة ويمسكها باليسرى في عكس ذلك ويكون فم المريض
مفتوحا وحاولسانه محقوضا باليد الغير الماسكة لالة ويذهب بتلك الآلة في العمق
لتدخل في الحلق خلف اللهاة ويثبت الجراح عيقه في الجزء المريض ليفتحم
فرصة الوقت الذي يزول فيه من اللهاة الانقباض التشنجي الذى يعمر اثرها
فاذا صارت مسترخية دفع الابرة من الخلف الى الامام بعيدا عن تفرق الاتصال
بثلاثة خطوط عميلا حامل الابرة الى الوحشية بحركة ارجوحية فيظهر
سهما من الامام فيمسك هذا السن بالحق ويحبذ مساعد السخاى الساق الذى
في حامل الابرة فيصير ذلك الحامل خالصا فيجذب الى الخارج حال تحرك
الابرة بالحقف المسلك لها لتنفذ من اللهاة وتخرج من الفم مع الخيط الذى
يجذب بعدها

والخيط الاسفل هو الذى يدخل اولاً ثم ما كان فوقه على التتابع وبالجملة اذا وضع
الخيط الاسفل كان نافعاً في تثبيت اللهاة وتسهيل الاعمال التى تأتى بعده في وضع

الباقى وينبغي في الخيوط الماسكة لها المساعدة وان لا يفعل فيها حركة جذب والغالب انه يكفي ثلاثة خيوط وربما كفى خيطان فقط اذا كان انشقاق اللبسة من الاسفل فقط ثم اذا وضعت الخيوط تدمى حوافى تفرق الاتصال قبل انضمامها عكس ما يفعل في نظائر هذه العملية كعملية العلم فان الادماء فيها مقدم على وضع الخيوط

ثم ان الجراح روى في ادماء الحوافى بمسك بجففة جيد الطرف السفلى لكل حافة ويجذبها الى الامام والاسفل ويربى الخيوط ويدفعها قليلا نحو الباعوم ويتبدأ القطع من الاسفل بمقراض منحن على جنبه او مستقيم لكن لا يستخدم المقراض الا في الابتداء ثم بعد ذلك يأخذ المشروط اذا الزر المحضر لذلك ويوجه حده الى الاعلى ثم بواسطة حركات بطيئة جيدة الاتجاه متعاقبة من الاملم الى الخلف ومن الخلف الى الامام يفصل الجزء المتطرف من شفتى تفرق الاتصال ويضم الشقين الايمن والايسر على زاوية في الطرف العلوى لهذه الفرجة الغير الاعتيادية

وبعد الادماء لم يبق الاشد الخيوط فلاجل ذلك يتبدأ بالخيط العلوى ويختم بالسفلى فيمسك طرفا كل خيط ويعمل فيهما عقدة بسيطة يمر بها في الفم بواسطة سبابتى اليدين فاذا كفى شد هذه العقدة الاولى لتقارب الاجزاء وحفظها متقاربة يثبتها مساعدا بان يمسكها بجففة اعتيادية حتى يعمل الجراح عقدة ثانية يثبت بها الاولى ويفعل مثل ذلك في الغرزة الثانية والثالثة فقد عرفت ان المناسبات هنا هو الخياطة المتقطعة فاذا انتهت العملية زال تفرق الاتصال ويسر للمريض التكلم وازداد السائلات باسهل مما كان ومع ذلك ينبغي ان لا يسمح له الا بقليل من ذلك فلا يستعمل الا بعض مشروبات الى اليوم الرابع اذا امكن ثم ماعدا حمية المريض عن الاغذية يلزم ايضا ان يبعد عن جميع الاسباب المهيجة فيوضع في محل بعيد عن كل لغط وتكون حرارته لطيفة ويؤمر بان لا يفعل حركة عنيفة لافى النفث ولا فى الامتنعاط وينهى عن ان يزدرد لعابه وعن فتح افه لان هنالك مشاهدة يؤخذ منها ان حافى انفصال اللبسة تملان

لان تذهبا الى الوحشية اذا تباعد الفكان عن بعضهما ثم في اليوم الرابع
اذا نجحت العملية يتم الانضمام لكن من الحزم ان لا تزال جميع الخيوط خشية
تمزق الالتصام وانما يقطع الخيطان العلويان فقط ولا يزال الاخير الا في اليوم
التالي ولاجل جذب الخيوط واخراجها تمسك بجفت قرب العقدة ثم تقطع
بمقراض جيد من خلف العقدة فينبغي للمريض اولاً ان يكون غذاؤه بامراق
رائقة ثم بامراق دسمة وشوربات ومن المهم في يوم نزع الخيوط ان يوصى
بالاحتباس على نفسه ما يمكن فلا يشرب ما يسهل له الا يسيرا يسيرا بان يرتق
المشروب بالمعلقة على ظهر اللسان وينع عن كثرة الكلام فاذا تم فجاح العملية
رجعت للصوت نعمته الاعتيادية وزالت جميع اخطاها رائحة اللهاة انتهت
ولقد شاهدت فعل هذه العملية ونجاحها عند الجراح روس في بنت مرافقة
ثم اتنا الى الآن انما فرضنا وجود مجرد انشقاق اللهاة وحدها وتلك حالة تصير
العملية اسهل وأكد ونجح ولذا ذكر الآن ما اذا كان هناك انشقاق اللهاة
وانشقاق القبوة معا فنقول

قد يوجد في بعض الاحوال مع ذلك انقسام القبوة وتباعد ما بين العظام بحيث
ان اللهاة لا يمكن ان تعمل فيها عملية التصليح التي ذكرناها فلا يكون للصناعة
دخل فيه لكن في احوال اخرى قد تجرب العملية سواء وجد الانقسام في القبوة
من الخلف او كان فيها كلها غير انه ينبغي ان يعلم ان نجاحها النافع قليل وكثيرا
ما فشلها روس في احوال مثل ذلك فلم ينل النجاح الا مرة او مرتين ولم ينل ابدا
نجاح انضمام الجزء العلوي من القبوة ومع ذلك هذا النجاح وان كان نادرا
الا انه ربما كان على تسهيل حصول انسدادها ولكن من سوء الحظ انه لا يمكن
المبادرة في الصغر كما قلنا بعملية تصليح اللهاة حتى يترجى منها في تلك الحالة
ان تؤثر في انسداد الجزء الخلفي من شق القبوة كما تؤثر عملية العلم في انسداد الجزء
المقدم من هذه القبوة

والجراح روس كما انه الفضل في اظهرها هذه العملية في الاحوال البسيطة له
الفضل ايضا في كونه اول من اشتغل بالاحوال المركبة التي ذكرناها فاولا عمل

العملية في تلك الاحوال بدون تنوع ولا تغير فيها ثم فيما بعد خطر له تسهيل
تقارب الاجزاء بفصل الجزين الجانبين للقبوة من الحافة الخلفية من عظم
الحنك ففعل هذا التنوع مع النجاح في ذات فامتد بهذا القطع المستعرض
وحشي الاجزاء التي وضع فيها غرز الخياطة بيسير

والذي يعارض نجاح عملية تصلج اللهاة فيما اذا كانت القبوة منقسمة هو هذا
الانقسام نفسه وحالة تباعد الاجزاء الرخوة فيه فلذلك اجتهدوا في اختراع وسائل
للمبادرة بسد القبوة في الصغر فتغير بذلك احوال التضاعف الى احوال
بسيطة تنجح فيها العملية فذكر بعضهم ومنهم روس لذلك ضغط القوسين
المنحنيين من الظاهر الى الباطن ونجح هذا مع بعض المجربين وذكروا ايضا
طريقة ترقيع آخر كترقيع الانف فروس اعرض فصل المنسوج اللينى الخاطى
من القبوة ثم وضعه تحت تفرق الاتصال العظمى ومنهم من عمل شقا على كل
جانب من جانبي القبوة خارج اقسامها وذلك الشق نصف يضاوى يحتوى
على جميع سمك المنسوج المنديج لتلك القبوة وبعد تشريح هذين الهدين قلبهما
من الخارج الى الداخل اى من الوحشية الى الانسية على الخط المتوسط
وضمهما بالخياطة لكن هذه العملية البدیعة الاختراع تحتاج لتكرار التجربة
طريقة جريف يستعمل جريف لتثبيت حوائى تفرق الاتصال جفتا اغنياديا
طويلا فيه تقوس جهة طرفه وينتهى بمشبك مزدوج فيقطع هذه الحوائى
بمقراض واما الخياطة فيستعمل لها الآن ابرا تقرب للاستقامة ويدخلها
بحامل لها يختلف عن حامل الابرة لروس في كون الساق لا يتخذ فيه سنج وان له
حلقين محمولتين على حاملين جانبيين يفحصانه او يطبقانه على حسب كونهما
يدفعان نحو طرف الآلة او يدها واستعمل جريف احيانا لحل الابرجفتا
مفصليا في طرفه اثناء وفرعه المتحرك فيه ارجوحة شبيهة بارجوحة القاطعة
المنائية الخفية واما شد الخيوط فله فيه طريقة كثيرة التضاعف بالنسبة
لطريقة روس وتحتاج للجله قطع بطول شرحها وتفيد الابرجع عنده يكون
من الداخل الى الخارج وبالجله فطريقته تحتوى على قطع آلات مستغنى عنها

طريقة دياقنبك * فضل دياقنبك سلك الرصاص على خيط القنب واستعمل
لوضعه ابرامستقيمة ليس لها ثقب قشبه اسيخ اللحم وفي عقبها تقعر يقبل
طرف سلك الرصاص الذي يلزم ان يجذبه واستعمل الجفت الكلابي المنسوب
للطبيب جريف لاجل تثبيت قبوة الخنك مدة الادماء واستعمل للادماء سكيننا
صغيرا كالقواطع الغلصمي تشبه صفحته مبطع وبده طويلة وحامل
الابرة جفت اعتيادي جيد وشاد العقدة يشبه شادة لوفريت في ربط بوليبوس
الحفر الاقية طرفها منفصل الى جزئين بعارضة بينهما ولاجل شد السلوك
المعدنية يكفي ان يدخل طرفا هذه السلوك في شادة العقدة ولف احدهما على
الآخر مرتين او ثلاثا ثم ان هذا الجراح لاجل سهولة ملامسة الاجزاء الجانبية
للقبوة بدون اتعلب لها باقباضات قوية يفعل وحشي السلوك في كل جانب شفا
مستطيل لا يحتوي على جميع سمك الغلصمة ويمتد من قاعدتها الى حافتها السائبة
وهذا النوع البديع عظيم الاهتمام خصوصا في الاحوال التي يكون فيها
التباعد عظيما

وهناك طرق اخرى غير ذلك لا حاجة لنا في المطالة الكلام بها والطرق التي
ذكرناها هي الاصل والكفاية ونقول على الجراح ان يعين نظره ليختار ما يناسب
من تلك الطرق وليقف على موانع العملية ولا يمنعها منها ما قلناه من
التضاعف بشق القبوة وانما تنبهك على ان السعال المستدام يكون من
الاحوال المانعة لها ومثل ذلك الاشخاص الذين يتكلمون كثيرا وهم نائمون
كما اتفق ذلك لبنت فعلت لها العملية وكان انشاقها بسيطا ولم تنجح لكثرة
كلامها في نومها واعيدت العملية وقويت بشقين جانبيين على طريقة دياقنبك
ووصل بها من يمنعها النوم في كل لحظة ومع ذلك كانت تسقط امامهم
من ثقل النوم وتكلم كثيرا باضغاث الحلم فلم تنجح العملية ايضا. وليعلم انه لا ينبغي
ان يطلق القول بانه لا خطر يحصل من هذه العملية اذ قد يحصل من الغصد نفسه
خطر مع انه عملية صغيرة وانما تجزم بان تصلح الالهة من العمليات القليلة الخطر
فان الجراح روس فعلها نحو ستين مرة ولم يحصل له ما يسوء خاطره الا في مرة

واحدة بل ربما جمعت هذه الحالة على عوارض خارجة عن العملية

المبحث الخامس

في امور خلقية غير اعتيادية توجد في تجويف القم

الاجزاء التي يتركب منها تجويف القم قد يوجد فيها ايضا عيوب اخر من عيوب التكون فالاشقوق خلقية في الخدين **ذ** والطييب يتقانى منها مشاهدتين احدهما كان الشق فيها مزدوجا الى في الخدين معا يذهب كل منهما من زاوية الشفتين حتى ينتهى في القفلة وثانيتهما كان الشق فيها مفردا في الجهة اليمنى فقط وكان مع هذا الطفل ايضا انقسام يسارى في الشفة والاندغام مزدوج للجبيل السرى احدهما في السرة والثاني في الرأس وربما مالت النفس الى ان ذلك من جنين داخل في جنين آخر لانه ازدواج حقيقى في الجبيل ويقرب للعقل ان الشقوق المذكورة ناشئة من تأخر انضمام في القطع التي يتركب منها عظم الفك العلوى وثانيا قد نعدم الغلصمة رأسا او بعضا وثالثا قد يكون اللسان صغيرا جدا وقد يعدم بالكلية **ل** لكن لا يكون عدمه غالبا الا مع عدم الوجه كله وينبغى ان يكون ذلك العدم الخلقى للسان نتيجة وقوف في نمو هذا العضو لانهم ذكر وان اللسان يكون مثبتة من قاعدته نحو جرحته الخالص فاذا بحث في باطن فم الاشخاص الذين لا لسان لهم يشاهد ان ارضية القم اخفض من العادة في المسافة المحدودة بالقوس السفلى السفلى وينشاهد في الجزء المتوسط من هذه الارضية جسمان مستطيلان بارزان قليلا شبههما بعض الجراحين فمخذى ضفدعة وفيهما حركة عظيمة واسنان الفك السفلى تكون مضغنة قليلا الى الباطن ويقال ايضا ان قبوة الحنك **ت** تكون اكثر هبوطا واقل تقعر من العادة ثم ان فقد اللسان يتعب التلفظ والازدرداد واذا فقد من كبير يتحيل له على اتمام تلك الوظائف فيه بما ذكره الجراحون في امراض هذا العضو فراجعوه وقد يوجد في اللسان ايضا عيوب خلقية غير ذلك كعدم تساوى جانبيه وعدم خطه الذي يكون في مركزه وقد شوهد خلوه هذا العضو من عضلات احد جانبيه وشوهد شق طارفه قسمين وقد يكون اللسان صغيرا جدا

او محفورا

او محفورا كالقنساء واما التصاقات اللسان فوضوؤها بان هذا التكون يوجد
في الحالة الاعتيادية للاجنة الصغيرة قال بليار قد شرحت بتشديد الرأه ثلاثة
اجنة مع غاية الاحتياط والاحتراس احدهم له ستة اسابيع وثانيهم شهران
وثالثهم تسعة اسابيع فلم يجد في لسان احدهم التصاقا الا في قاعدته وقيده
بجلاخ جانيه وجزئه السفلي فانها كانت خالصة سائبة

وبالجمله فالتصاق اللسان بارضية الفم خلقه شوهد كثيرا قال لوي يقرب للعقل
انه حاصل من التحام معيب كما يحصل ذلك ايضا في الكبد والذين علمت لهم
بعض عمليات في اللسان او ارضية الفم ولذلك للتصاق درجات فتارة يكون
اللسان كله ملتصقا بالارضية وحيثئذ فيلزم فصله وتارة يكون ذلك من اطراف
طويل القيد بحيث يبلغ طرفه او من قصر في ذلك القيد وفي جميع الاحوال
لا يخفى التعب الذي يحصل من ذلك في وظائف اللسان حتى بعد الولادة محالا
فان الطفل لا يمكنه مص الجلمة ويذبل ويستهلك لعدم التغذية وقد لا يكون
الاتصاق عظيما بحيث لا يمنع الرضاع والتغذية الا انه يعطل التلفظ ويمكن
لن يسبب لكثرة ونعمة فقد ذكر بلندن ان مريضا دخل مارستانا يارسيس لتداواة
جرح وكان معه لكثرة عظيمة فبعث في فمه فوجد اللسان ملتصقا بالارضية بقيد
قصير جدا ليحجب بل يدير طرف اللسان الى الاسفل فاعرضوا عليه قطع الثنية
المخاطية فرضى ففعل ذلك فاعتدل كلامه حالا حتى قبل ان يتم خروج الآلة
من فمه فخرج بذلك لازالة هذا العيب لوقته غير انه لم يمكن بالمارستان لتعمل له
وسا ئلا منع التصاق القيد ثانيا ليلتهم وهو سائب فخرج فصار كل يوم يفقد
شيئا من نجاح العملية حتى حصل الالتحام في سعة عظيمة وبالجمله اذا تقدم قيد
لللسان الى الامام وعطل حركته واتعلم حركة المص الى الرضاع يذبح بعد
الولادة حالا ان يقطع هذا القيد بان يرفع اللسان بجناح حجوم قنوي ممسوك
باليد اليسرى ويؤخذ ممر ارض باليد اليمنى وتقطع به الثنية الغشائية الحاصلة
منها الالتصاق للعيب الى العمق المناسب فاذا حصل من قطع الاوعية نزيف
وقوي بامتصاص الطفل لزمكي الفوهة المتوحدة للوريد والشريان بتترات

الفضة او بطرف ميل مسخن بالنار

وقد شوهد طفل وجد بعد الولادة معيب اللسان فكان بحسب الظاهر اطول واسهل من العادة فنع رضاعه فنودي له بجراح فيحث فيه فاذا لسانه ملتصق بثلاثة الفلک الاسفل بواسطة ورم اسفنجي في حجم بندقة صغيرة فعمل جميع ما امكنه في فصل هذا الورم عن اللسان غير انه حصل من ذلك نزيف هز رابعه الطبيب ثم بعد ذلك انضم السق الذي كان فعله وعظم الورم وصار يأخذ في الزيادة كل يوم حتى غلب على جسم اللسان وصار معه شيئاً واحداً بحيث انه بعد زمن يسير صار لا يميز الورم عن اللسان والطفل في تلك المدة لا يتغذى الا باغذية سائلة او باصراق تدخل بقوة في فمه ليزدردرها والذي نشأ عن ذلك هو ان الفلک الاسفل انجذب الى الخلف اكثر من الاعلى فبذلك تسر له التقام الحلة وفعل تلوت فيها حتى يتم له الارضاع بحيث كان يتعجب من السرعة والمهارة التي يفعلها هذا الطفل الصغير الذي كانه متعلم كيفية الوصول الى احتيلجاته فيقدم الفلک السفلى ويقهقره ليتمكن من امتصاص اللبن وكلما تقدم الطفل في السن عظم لسانه ايضا حتى صار سمكة قيراطين وخرج من فمه مقدار اربعة اصابع وسقطت القواطع والانياب وتقوس الفلک السفلى في وسطه وحصل فيه تقوير سكن فيه اللسان وتيسر للطفل مع وجود هذا التشوه المضغ وتقطيع الصوت. لكن كان يمكن تخليص الطفل من هذا التشوه بثقب اللسان وادخال خيط مزدوج فيه وشده تدريجاً من كل جانب وفصل الزائد عن الحاجة شيئاً فشيئاً بدون ان يحصل من ذلك نزيف ومن المعلوم ان الطبيب ميرويل عمل هذه العملية مع النجاح في بالغ

والفلک السفلى قد يعدم بالكليّة او يكون صغيراً جداً قال بليار قد وجدت في مولود جميع الاجزاء المركبة للقم صغيرة الاقطار جداً وهاهي مشاهدته وذلك انه دخل في بيت المتقطعين سنة ١٨٢٦ عيسوية مولود مؤنث والطرف السفلى لوجهه ضيق جداً والخدان يدل ان يكونا مستديرين بارزين كنادا خلين يقربان للثقب وكان فحة الفم ضيقة جداً والشفتان مستديرتين

بارزتين

بارزتين والفك السفلي شديد البروز ضيقا واللسان ضيقا ايضا مدبدا كلساني
الارنب والخلق شديد الضيق والطفل لا يتيسر له ان يمسك الحلمة ولا يشرب
الا بعد مر شديد مع ازدراد غير تام يحصل له احيانا من هيئة اختناق كأنه قريب
الوقوع وكان صياحه حادا فنجعا ومع ذلك يسمع منه الجزآن المركبان له ثم ان هذا
الطفل لم يلبث قليلا حتى مات بالتهاب معوى حاد ففتحت جنته وقيست
اعضائه التي ذكرناها فكانت اقطارها ما سيذكر وهي ان قطر الفتحمة المقدمة
للغم كان ستة خطوط وكان اللسان من قاعدته الى طرفه قيراطين وخطين وقطره
قرب قاعدته ستة خطوط وقرب طرفه خمسة خطوط والمسافة بين قرني العظم
اللامي ستة خطوط والباعد بين زاويتي الفك السفلي خمسة عشر خطا واعظم قطر
لقبوة الحنك كان اربعة عشر خطا وتعظم الفك السفلي كان آخذا في التقدم
كما يكون عادة في زمن الولادة ولم يعدم اللسان شيئا من عضلاته فعلم من ذلك
ان جميع هذه الاجزاء كان طولها اعتياديا بخلاف عرضها فانه اقل من العرض
الخاص بها بحيث يقال ان الاجزاء الجانبية للوجه حصل فيها انضغاط
عارض نموها في العرض ومع ذلك لم يعلم السبب لتشوه هذه الاجزاء في هذا
الطفل مع ان بقية اعضائه كانت في غاية السلامة

الفصل الثاني

في الاحتقانات الضعفية في الفم

الاحتقانات الضعفية في الغشاء المخاطي القمي نادرة مدة الحياة داخل
الرحم ومع ذلك شاهد بليار في مولود كما في قاعدة اللسان وكان لونه بنفسجيا
ويمتد من قاعدته الى جزئه المتوسط ويتقد الى ثلاثة خطوط في سمكه وكان
منسوج اللسان في هذا المحل رخوا جدا واما بقية الحالة العامة للطفل فليس
فيها شيء عظيم الاعتبار

وكثيرا ما يشاهد الغشاء المخاطي المذكور بعد الولادة في حالة احتقان واضح
وذلك الاحتقان ومثله الاحمرار الناشئ عنه يزول شيئا فشيئا بعد الولادة
لكن يبقى منه شيء مدة اسابيع في بعض الاجزاء التي كانت محلالة ولا يزول منها

الاندريجيا وكثيرا ما يشاهد في القبوة كدم يختلف في الاتساع وشدة اللون

الفصل الثالث

في الالتهابات في القم

في هذا الفصل سبعة مباحث

المبحث الاول

في الالتهاب القمي عموما

قال بليار لا يمكن ان نذكر شرحا عاما كافيا لهذا الالتهاب لان كلاما من الاجزاء المركبة لجدران القم قد يصير مجلسا خاصا لاصناف من الالتهاب تظهر في هذا التجويف قياخذ الداء بذلك منظر مخصوصا واعراضا مخصوصة به كما ان الكيفيات المختلفة لتغير الاعضاء هي في الغالب الاسباب الرئيسة الذاتية للاختلافات التي توجد في اعراض التهاباتها انتهى لوتقول بالاختصار ان الالتهاب القمي يتنوع الى انواع مختلفة على حسب امسا به جزء كذا او كذا من الاجزاء المركبة للغشاء المخاطي القمي ودرجات شدته ومضاعفاته والسبب الذي احده وغير ذلك

واختار بليار ان الاصناف الرئيسة لهذا الالتهاب خمسة هي المذكورة في هذا الجدول الصغير

اريتماوى	التهاب قمي
مع تغير في الاغراز (موجبت)	
جرباى (قلاع)	
ققرى	
غنغرينى (غنغرينا القم)	

ويراد على هذه الاصناف صنف اخر وهو البثرى الذى يشاهد في بعض احوال من الجدوى وعبره وحيث عن الالتهاب القمي بالقلاع وسهى بالقلاع الغشائى الالتهابى للقمي البهلاى او الغشائى الكاذب والقلاع القمى ما يشمل الالتهاب القمي الجرباى والققرى وبالقلاع الغنغرينى الالتهاب القمي الغنغرينى

وعلى

وعلى كل حال يسمى الالتهاب القمي بقلاع الفم وان كان على هيئة اريتميا في الغشاء المخاطي للفم وفي اجزاء اخر مغشاة مثله بيشرة مخاطية وهذا على سبيل الاطلاق والافسأى لنا تخصيص القلاع بالتهاب اجربة الفم فيتميز عن الموجبت ثم ان القلاعات عموما نائمة اما من التهاب موضعي او عرضي يختلف في السدة والسعة فيوجد فيها بالنظر لاشكالها وما ينتج عنها اختلافات من المهم معرفتها ولذلك انقسمت الى الاقسام التي ستشرحها وبها يذهب الاختلاط الذي وقع فيه القدماء بل وبعض المستجدين ولتستعمل في التراجع لفظه الالتهاب القمي الذي يسمونه محققو المتأخرين استومتيت وترجمتها ما ذكر

المبحث الثاني

في الالتهاب القمي الاريتماوي اى القلاع الاريتماوي

حالة الاحتقان التي يكون عليها في العادة الغشاء المخاطي القمي في المولودين جديداً هي هذا الغشاء لان يصير مجلساً لهذا الضنف الذي صفاته الواصفة له هي الاحمرار والحرارة واحياناً الخفاف في جدران الفم واللسان والغالب ان يكون ذلك هو الدرجة الاولى والعلامة المقدمة للانصاف الاخر وتختلف شدته وكثيراً ما يوجد مع التهاب المعدة والقناة المعوية ولا يحصل منه حمى في المولودين جديداً الا نادراً ما في الاطفال الذين عمرهم من سبعة اشهر الى تسعة فيعصبه الحمى غالباً وفي بعض الاحيان يكون الالتهاب مقصوراً على جزء من الفم واحياناً يشمل جميع هذا التجويف بل ويمتد للشفتين فتفتقان وتنسلخان وتتشققان وتضيران احياناً مجلساً لا قوباً الشفوية فاذا بقي هذا الالتهاب زمناً طويلاً جازان بسبب تلعباً كثيراً خصوصاً في الاطفال الذين هم من سبعة اشهر الى تسعة واذا كان في اللسان حصل فيه ما عدا ما ذكرنا انتفاخ حلماته واذا كان في سقف الحنك كان على شكل نتوات واسعة مفرطة غير مستوية مكرشة مبيضة غالباً لان البشرة سميكه في هذا القسم فتتفتح وترتفع ويندران ينتج من ذلك نفاطات ولو وجدت لفقت حالاً لركة جدرانها والغالب انها تكون على اللسان او خلف الشفة السفلى واذا ثقت بدبوس خرج منها

مادة لزجة فرما ظن من ذلك ان مجلسها في جراب من الاجربة تعد من كثرة
الرطوبة التي يفرضها ومدة هذا الداء لا تزيد عن يومين او ثلاثة وكثيرا ما يكون
برهيا وقتيا فيذهب بنفسه في بعض ساعات وقد تطول مدته ويسبب آلاما
شديدة وحينئذ يستدعي الفراغ والمضغضات المرخية والتدبير اللطيف للبنى
كالبن القاترو مستحلب اللوز الحلو الدافى ونحو ذلك

المبحث الثالث

في التهاب الفمى مع تغير في الافراز (موجيت)

بعض الاطباء اشتبه عليه هذا الصنف المسمى ايضا موجيت بالقلاع الحقيقي
الذى هو الصنف الاقنى فلاجل الحذر من ذلك نذكر اولا بالضبط الصفات
الواصفة الفارقة بين هذين الداءين ويكون ذلك خلاصة ما ذكره جله مشاهير
من الاطباء الذين اشتغلوا بذلك فلموجيت اى الصنف الذى نحن بصدد
يوصف بنجمه المخاط على سطح الاغشية المخاطية الملتهبة سواء كانت ذات
بشرة مخاطية اولا وهذه المادة المتجمدة تشاهد في الفم والمرى والمعدة والمع
الدقيق والغليظ وانما قلنا ذلك هنا وان كان بحسب الظاهر غير يساعنا ما نحن
فيه كما قال بعض الاطباء لانه لازم الذكر ان المجلس لهذا الداء ليس مقصورا
على الفم وانما نلتزم هنا قصر الكلام على الفم لان الكلام فيه وينفعنا ذلك فيما
سيأتى كذا قال بليار

ثم ان لهذا الصنف ثلاثة اشكال الاول ان يكون على شكل نقط بيض صغيرة
جدا منتشرة على اللسان او جدران الفم والثانى ان يكون على شكل اهداب
تختلف سعتها والثالث ان يكون على شكل غشاء يغطي اللسان كله او يمتد ايضا
الى اجزاء اخر من تجويف الفم ولا نذكر هنا الالوان المصفرة او المحمرة
التي قد تنكسبها احيانا غلالة الموجيت لان ذلك ناشئ من ملاصقة الصغراء
او من تجفيف اجزاء دموية ترشح من سطح الغشاء المخاطي وتلك حالة غير متعلقة
رأبنا بالداء الذى نحن بصدد

فالاقرار انكى او اللطخى اى المهدبى او الغشائى يكون في الغالب مسبوقا

بالتهاب

بالتهاب اريتياوى على سطح اللسان اوجد ران الفم ويدوم هذا الالتهاب يوما
او يومين او ثلاثة ثم يشاهد على طرف اللسان وجانبيه اوعلى الوجه الباطن
للشفقين نكت صغيرة بيض كانتها تعلو على حلمات الغشاء وتتوجهها
فهذه هي الدرجة الاولى للموجيت ويسبقه دائما كما قلنا التهاب في الفم
فاذا لم يأخذ الالتهاب في التقدم وانقطع الافراز المصاحب له زالت حالا هذه
النكت الصغيرة البيضاء المذكورة وبذلك يعتبر الداء جيدا مباركا لكن كثيرا
ما يأخذ الالتهاب في التقدم فتضم النكت المبيضة المتجمدة لبعضها وتكون
منها صفحات صغيرة اما على سطح اللسان او على الوجه الباطن للشفقين والخدين
وتلك الصفحات تأخذ في السحوة وتنسلخ او تنفصل وتترك في محلها سطحا ملتها
لم يلبث قليلا حتى تفرز منه مادة تتجمد من جديد وهكذا حتى يتقطع
الالتهاب فلا يظهر هذا التولد المرضى الذي كان الالتهاب سببها وهذه هي
الدرجة الثانية

فاذا بقي الالتهاب آخذا في الشدة كل يوم امتد بسرعة وبتعمق الى جميع تجويف
الفم فحينئذ تضم الصفحات التي ذكرناها بسرعة ويتكون منها غلالة تختلف
في السعة والسحوة تشاهد عمدة على جميع اللسان وجد ران الفم واللهاة في
تلك الحالة كما في الحالة السابقة يقال ان الموجيت متجمع او خيث فهذه هي
الاولى للاثكال الثلاثة الرئيسة التي هي عظمة الاعتبار ايضا بالنظر
لمجلسها الاعتيادي فان الموجيت النكتي يشغل في العادة طرف اللسان وجانبيه
والصغبي يوجد على الوجه الباطن للشفقين والخدين والغشائي يكون بالاكتر
على قاعدة اللسان واللهاة ويصح بوجه ما وجود هذه الاشكال المختلفة معا
بان يقال ان نكت الموجيت التي تشاهد على طرف اللسان يكون مجلسها غالبا
في الحلمات الكثيرة التي تفرز على سطحها قطعا من مادة مخاطية تتجمد حالا
فلما كانت حلمات الغشاء المخاطي وخلاها كثر اتساعا وقل دقة في سقف الخند
وقاعدة اللسان والوجه الباطن للخدين كانت المادة المخاطية تفرز منتشرة
مبسوطة وتتجمد على تلك الهيئة بحيث يصير منظرها غشائيا كما قلنا

ولنبحث الآن عن مسائل مهمة بها تقف على طبيعة الموجبت واسبابه
واعراضه ومضاعفاته ومعالجته فنقول اما طبيعته فمن المقرر الثابت الآن
ان تراكم الدم والاحمرار والالم في الغشاء المخاطي للقم يسبق دائماً تماظهم ورائحة
البيضاء التي يقوم منها هذا الداء ولا بأس ان ننبه على ان المادة المتولدة الجامدة
او الغلالية تكون بدلا عن الطلاء المخاطي الذي يندى ويرطب القم ولذا كان
جفافها عظيما فاذا ن يكون هذا الداء تابعا لتراكم الدم في الغشاء الملتهب وعوضا
عن الافراز الاعتيادي للمادة المخاطية فيقرب للعقل ان الدم المتراكم بالنسبة
الالتهابي في سبيل المنسوج المخاطي يحمل اليه مواد افراز تتجمد على سطح
بشرة الغشاء كما رُسيت

وهل سهولة تجمد هذه المادة المخاطية ناشئة من كون الدم في الاطفال او البالغين
المصابين يمثل تلك الاحوال صارا كثر غروية وليفية بسبب الحالة الانتهائية
فيهم ز اصول مادة مخاطية فيما قسمها كثير من العنصر اللبني ولعل هذا
هو القريب للعقل فان بعض الاطباء حللوا بالفاعلات الكيميائية الغلالية
اي الاغشية الكاذبة التي تتولد في هذا الداء فوجدوا فيها الاصول التي
وجدوها في المادة المخاطية كما حلل غيرهم البشرة وغللة الدم والاغشية
الكاذبة التي تتولد في الاغشية المصلية والمثانة والداء المسمى بالكروب فذلك
هو ما عندنا في طبيعة الموجبت كطبيعة الذبحة البلعومية الآتية ولنبحث
الآن عن الاسباب فنقول

هذا الداء يظهر بالاكثر في الطفولية الاولى والاطفال الرضع معرضون له
اكثر من الاطفال المتقدمين في السن فاذا ن يوجد في بنيتهم شيء مخصوص
لا يمكننا ايضا حصرهم لهذا التنوع الغريب من الالتهاب واما المولودون
جديدا فأنهم المجتمعون بكثرة في محل واحد ويولدون ضعفاء مهزولين ويتغذون
باغذية قليلة التناسب في سن تكون التغذية فيه هي الركن الرئيس على جميع
وخاصة البنية فهو لا يظهر ونوفهم هذا الداء بشدة عظيمة ثم لا يتيسر لنا
ان نجزم بكثرة هذه الداء ونسلطه في فصل من فصول السنة مخصوص فانه

يستولى

يستولى غالباً في جميع الأزمان على جميع الاطفال الذين يصيهم في محال
الاجتماع كبيت الملتجئين ونحوهم بشدة واحدة كما ثبت ذلك بليبار برصه
ذلك في جميع فصول السنة وشاهد بارون تسلطه على افراد في ازمدة مختلفة
بدون ان ينسب ذلك لسبب في الجو فالظاهر وفاقا لبليبار ان ظهوره يكون
مرتبطاً بحالة مخصوصة في المرضى واستعداد فيهم لتلك الالتهابات المخاطية
لايزاج الجو واما حصول هذا الداء بالعدوى فغير غالب على الظن عند بليبار
وبارون لانهم كثيرا ما شاهدوا اطفالا غير مصابين به وكانوا يشربون
بالملاعق التي يشرب بها اطفال غيرهم مصابون به فلم يصابوا بشئ فعلى مقتضى
ذلك نرى ان السبب المهيء لهذا الداء هو الطفولية الاولى وان شوهد ايضا
في البالغين والتغذية الرديئة واجتماع كثير من الاطفال في محل واحد والضعف
والتهاب الغشاء المخاطي الفمي والاستعداد الذي به الاغشية المخاطية تتغطى
في الاطفال الصغار اذا التهب بتجملات غشائية والغالب ان يكون
هذا الداء عرضا لغيره مصاحباً لنحو التهاب المخ والقرعزية والسل وكذا
لالتهاب البريتون الولادي لكن يكون بدرجة خفيفة وقد يكون موضعيا
بل كثيرا ما يذهب ويرجع في بعض البالغين لكن يشغل اللثة او باطن الحدين
بحيث تتألم تلك الاعضاء من ادنى لمس غير ان مدته حينئذ تكون قصيرة ويشفى
بسهولة بالوسائط الاتية وهذه كدور وچيس لان اسباب تسلطن هذا الداء
في الاطفال المجتمعين في محل واحد تسلطنا وبأشياء كثيرة منها الارضاع الصناعي
والتغذية التي يعوضونم ببدله غالباً وعدم تساوة الهواء بتراكم هذه الاطفال
الصغيرة على بعضهم في محل واحد وعسر تنظيف المحل والاولاد النظافة
المطلوبة والعدوى ثم قال وهذه الاخيرة نسبها دويليت وغيره للطبيعة الزهرية
التي للداء وتلك النسبة غير صحيحة غير ان من الغلط على رأينا انكار معظم
المتأخرين للعدوى مع ان عندنا امورا واقعية كثيرة تحمل على ظن ان الداء
ينتشر بسهولة من طفل مريض الى طفل صحيح اذا شربا من مرضعة واحدة
وقد شاهدت ذلك في تجربتي مع احتراسي غاية الاحتراس انتهى وهو خلاف

ما سبق عن بليار

والاعراض المرضية للموجبة قد ذكرناها في شرح ظهور التجمعات المرضية واشكالها التي تظهر على سطح القم الملتهب واما الاعراض العامة فتكاد ان تكون معدومة في الاطفال الصغار جدا فالجى تكاد ان لا توجد قال بليار قد عددت مع غاية الاقباء ضربات القلب والنبض في اربعين طفلا عمرهم من يوم الى عشرين يوما وكلهم مهالون بهذا الداء بدورات مختلفة فعددت خمسين وستين وخمسا وستين وثمانين ضربة في الدقيقة ومائة في واحد فقط فكلهم ما عدا هذا الاخير لا يختلف عن الحالة الاعتيادية كما يعلم ذلك بمقابلته لما ذكرناه اول الكتاب في مبحث النبض واما كثرة عدد ضرباته في الاخير وحده فيحتمل كونها ناشئة من عارض اخر

والجلد يكون في العادة حاراجافا والعطش شديدا والصباح لا يختلف الا بالنظر لاقوة والضعف ومع ذلك اذا امتد التجمد للغشاء الى اللوزتين وغطى قائمى اللسان يصير الصباح مكتوما والغالب ان هذا الداء يصحبه التهابات اخر كما قلنا قال بليار في خمسين حالة من هذا الداء في الاطفال الذين ماتوا اما يتقدمه واما بامراض اخر وجدت من مضاعفات الداء التهابات في الجهاز الهضمي الشوكي في اثنين منهم وفي الجلد في اربعة وفي الجهاز التنفسي الدوري في اثني عشر وفي الجهاز الهضمي في اثنين وثلاثين فيؤخذ من ذلك ان التهاب الجهاز الهضمي هو الاكثر مصاحبة لهذا الداء واما غيره من الالتهابات فاما يصحبه على سبيل العرض ثم ان من الاثنين والثلاثين طفلا الذين كان هذا الداء مصحوبا فيهم بالتهاب القنوات الهضمية عشرة لم تكن المعدة فيهم ملتهبة فسته منهم كان التهابهم في المعاء الغليظ واربعة في المعاء الدقيق واما الاثنان والعشرون الاخر فكان معهم التهاب في المرئ او المعدة او جزء اخر من المعاء الدقيق او الغليظ فاذن ليس هذا الداء دائما عرضا للالتهاب المعدي لانك قد عرفت انه يوجد بدون هذا الالتهاب الا انه يصحبه غالبال داءا حالة النهاية في جزء ما من القناة الهضمية وهذه الداء ذكرها كثير من المؤلفين ومع ذلك تحتلج للتقوية بمشاهدات

اخر

آخر ايضا انتهى

وجعل دوجيس ايضا لهذا الداء الادوار الثلاثة فالاحرار وحرارة الغشاء
وجفافه وشدة حساسيته بحيث يتعب الطفل من التقام حمة الثدي والحمى
اذا تقدمت او صاحبته والاولى ان تبدل بحرارة الجسد وجفافه جميع ذلك
ينسب للدور الاول وهو الالتهاب القمى الارتيماوى ولم يجعل من هذا الدور
ظهور النكت بل جعله من الدور الثانى حيث قال والدور الثانى هو ظهور
النكت البيضاء السطحية على الغشاء الملتهب وانه مماها حتى تصير صفائح
رقيقة غير منتظمة تارة تكون منفصلة عن بعضها وتسقط وتتجدد مرات
وهذه تسمى عنده بالقلاع المتفرق وتارة تسمى وتنضم بعضها حتى
تصير طبقة واحدة تغشى جدران القم واللسان بل قد تمتد للجفيرة والمرئ وهذه
تسمى بالقلاع التجميع ففى الحالة الاولى يكون الداء قليل النقل خصوصا
اذا كان وفديا فتصل الصفائح الزلالية اهدا بالوند فاوتنولد ثانيا وهكذا مدة
من ثمانية ايام او اثني عشر الى خمسة عشر بل شهر لكن اقل سعة من الاولى وبعد
تلك المدة يزول الالتهاب ويحصل الشفاء التام واما فى الحالة الثانية فينهدر الشفاء
فيها فالغلالة الغشائية تسمى كل يوم وتتفصل اهدا بافينكسيف الغشاء المخاطى
المالى عن بشرته ويتولد الرشع ثانيا حتى يصير فى سموكه الاول ويكون المولا
ايض ثم يقرر بعد بعض ايام فيضعف الطفل ويهزل وذلك هو الدور الثالث
وضعه اما من غير طبيعة الالتهاب او من قبي المواد الصفراوية والغليية
كما شاهد ذلك ليلوت وذلك القبي يحبه تحول وهبوط عام واضح ويدل على ان
الداء فى المرئ والمعدة

وكثيرا ما يوجد فى المرئ مرتفعات مانهية مهيئة للغفريه ولذلك قد يكون سبب
الموت عدم اسكان الازرداد فهو نوع ذبول يضم له التكدر العام الناشئ
من الالتهاب الشديد وفى بعض الاحوال يعرض اسهال متتابع يحصل احيانا
بعد انقضاء سابيع فى القلاع ويأتى الموت عقب ذلك قال دوجيس لا يحصل
فى الامعاء ما قاله بعضهم (ومنهم بليار كما سبق) من ان الداء يجتاز فيه الادوار

واعراضه كما يجتازها في الفم وانما يوجد التهاب معوى يكون في الغالب
بسيطاً والى ظنوها فيها اغشية كاذبة انما هي مادة مخاطية فاذا شوهـد
في محيط الشرج بعض تأكل شبيه بالتأكلات التي تشاهد في الفم كما تشاهد
بشوردخنية على الوجه وعلى اجزاء اخرى من الجسم نقول ليس عندنا ما يدل
على وجود ذلك في القناة المعوية الحالية من بشرتها المخاطية التي لها عمل
عظيم الاهتمام في الداء الذي نحن بصدده فعلى ما قاله بليار يحصل هذا التصاعد
من سطح هذه البشرة المخاطية المجاور للخارج قال لاني بالغت في البحث على
مجلس هذا الا فرأيت اجد تحت البشرة المخاطية وانما تشاهد مواد دأتما
على سطح الغشاء كالمادة المخاطية التي يكون في الحقيقة هذا الداء تجمدا
مرصيا فيها وقال جرسان من تحتها وقال ليلوت في سمكها وكل من هذه
الاراء الثلاثة محتمل وتوضح بها احوال الاغشية الكاذبة وحالة البشرة المخاطية
فانها تارة تكون خالصة وتارة ملتصقة وتارة محفوفة وتارة نائمة تحتها قال

دوجيس ويظهر لي ان رأى ليلوت هو القريب للعقل

ثم اذا انتهى هذا الداء بالغنغرينا كان ثقيلاً فالاطلاء الذي يكون في العادة
ليبا يصير اصفر مسمر ثم اسمر مسودا ومع ذلك لا يظهر في الغشاء الذي تحته
حينئذ موت قريباً فربما قرب للعقل ان هذا اللون من تصاعد الدم الحاصل من
نزيف ضعيف وهذا العرض بهما كان سببه ليس علامة محزنة ومثل ذلك ايضا
التكتب النفسجية في الجلد مع انها تمس حقيقي يدل اذا ظهر على الضعف العميق
ويعلن بموت قريب

العلاج * المعالجة الصحية تأخذ بالطبيعة من طبيعة الاسباب التي فيها قوة
على احدث الداء فالهواء الجيد ونحوه من الاحتراسات التي تستدعيها
قوانين الصحة هي الوسائط النافعة للتخدر من ظهوره ولكن اقوى الوسائط
واحسنها هو ان يجهز للطفل مرضعة مناسبة في السن واللبن ثم مع منفعة لبن
الام ينظر هل هو كاف لتغذية الطفل ام لا وليس عندنا واسطة قوية لتكثير اللبن
في ضعفاء البنية ويمكن بسهولة ان يحول لبن مرضعة قديمة الى حالة طبيعية وليس

يصحح ان الطفل الصغير بعيد الى اللبن قوته الاولى وانما المشروبات المحللة
 او المائية المستعملة بكمية كبيرة والحمية القاسية قد يزيلان من هذا السائل
 زيادة قوامه فيقرب اللبن من رضة جديدة ويقلل مع ذلك مقداره ثم على الخلاف
 في العدوى لا بأس بتبعيد الطفل عن المصاين بهذا الداء
 وبعد ذلك اذا حصل الداء فان كان في الدور الاول الى ابتداء الثاني لزم التمسك
 بالملطفات ومضادات الالتهاب على حسب شدة الداء ولا ينبغي في هذا الدور
 استدامة الغسلات والكدمات لحدران الفم وتستعمل المشروبات المائية
 والصغوية والمستحلبة او اللعابية كبرز الكتان وبزر السفرجل والخطمية
 والخبازا ومستحلب اللوز ونحو ذلك واللبن ومصل اللبن المخلوط وهذه كلها
 تستعمل ايضا وضعيات عامة كما تستعمل مشروبات محلاة قليلا فان السكر
 والعسل ينهان الغشاء المخاطي الفمي والخلقي بل ليس بنادران يشاهد القلاع
 على خدود البالغين ولتتهم من افراط السكر النقي وتستعمل تلك الادوية
 المذكورة بدرجة حرارة لطيفة مساوية لحرارة الهواء في الصيف وتكون فاترة
 في الشتاء فاذا كان هنالك اعراض حمية واضحة وكان الالتهاب بحسب
 الظاهر شديدا كانت الاستجمامات الفاترة والكدمات المرخية العامة مناسبة
 فيلف الطفل في خرق من الصوف مبتلة بماء فاتر مقبول مع الاحتراس عليه من
 اصابة البرد فاذا ظهرت علامات التهاب المعدة او الامعاء لزم وضع علقه او اكثر
 على قسم المعدة او على الشرج وفي تلك الحالة يلزم ان تستعمل الحقن المرخية
 اللعابية والضمادات على البطن ونحو ذلك وجميع ما يحتاج لتلك الالتهابات
 وقد اوصوا ايضا بمنع الطفل حينئذ عن ثدي مرضعته لكن الاحسن ان يقتصد
 في تغذية المرضعة بان يجعل لها تدبير مناسب به يصير لبنها اكثر مائية واقل
 تغذية بدون ان يحتاج للادوية الكثيرة المشحونة بها كتب القدماء
 ثم ان تلك المعالجة التي ذكرناها قد لا تذهب الداء ولكن تصيره اقل ثقلا واقصر
 مدة فاذا خف التهيج الموضعي والعام وصار الجوهر المنفرد سميكا وكثيرا وذلك
 هو الدور الثاني جازان يضم لتلك الوضعيات بعض قوايض خفيفة وسبما

الحوامض التي ثبت بالتجربة قوة فاعليتها ولكن ينبغي ان لا يزدرد من تلك
الحوامض مقدار كبير وانما توضع على النقطة المصابة من القم بلطف بواسطة قلم
تصوير صغير يصنع من شريط من خرقة منسولة الطرفين ومبرومة على طرف
ساق صغير من جريد او خشب وتلك العملية الصغيرة تعمل خمس مرات اوستا
في اليوم وجميع الحوامض تناسب هنا والحوامض المعدنية مهما كان مدها
بالماء تكون في الغالب شديدة الفاعلية والصعوبة على اعضاء الهضم
فاذا ازدردت جازان يحدث عنها قولنج والتهاب في الامعاء والمعدة والانفع منها
هو الخل وعصارة الليون والحامض عمد وذلك بالماء مدامنا سبا ومحلى بالعسل
المورد وشراب التوت بمحيت لم يبق فيها الاحوضة قليلة ومن ذلك عصارة
البرتقان والريمان الحلو خالصه فهذه هي المستحضرات المناسبة التي نتج منها
هنا تسايح نافعة ويراد في قوة الادوية تدريجا لكن بدون مجاوزة الحد

فاذا وصل الطفل الى حالة الضعف اعنى الدور الثالث لزم نصير مشروبا به تدريجا
اكثر تغذية وسما اذا لم يمكنه التقام الثدي والمناسب حينئذ مغلى الشعير والارز
اولسب الخبز المخلوط باللبن ويمكن ايضا مزج اللبن بالامراق كما اوصى به بعضهم
ويلزم ان تعصر المرصعة اللبن في فم الطفل ويراد لمنفعة هذه الوسائط الحقن التي
يحل فيها صفار بيضة او نشا

فاذا ظهر الضعف الزائد وهدد بموت الطفل سريعا جازان يحصل بعض نفع
من المقويات الشديدة وذلك كشراب الكينكينا وقشر البرتقان المحلول
في مقدار عظيم من المشروبات اللطيفة لكن رجاء النجاح فيها قليل والغسلات
والكمادات بالمنقوعات المرة او العطرية او الروحية يجوز ان تساعد هاهنا مع النفع
لكن ينبغي الاحتراس من وضع اللزق الحردلية والحرايق التي ماعدا اضعافها
لقوى المريض تسبب ايضا تعباً وضجراً غير نافع وفي بعض الاحوال الحميدة
لاستعمال النقاهاة والتحرس من عود الداء يؤمر بطرد الاغشية الكاذبة
المبتلعة من القنوات الهضمية بان يؤمر باستعمال مسهل خفيف والمناسب
من ذلك دهن اللوز الحلو مخلوطا مع شراب الورد ويستعمل جرعا بملقعة صغيرة

في كل نصف ساعة حتى ينتج منه بعض استفرافات قليلة
ولتتم مجت العلاج بان نذكر باختصار بعض ادوية مدحها بعض الاطباء على
مقتضى تجربياتهم مع انها لا ونوق بها ولا تعويل عليها لعدم عموم نفعها
تحت كربونات الصود غرغرة لم يحصل منه النفع الذى ذكره وكلوور الكلس
الذى استعمل ايضا كيف يفضل على المطوامض النباتية مع ان التجربة انما
اظهرت منفعة هذه ومما ذكره ايضا كبريتات الخارصني او السب
وكذلك لا منفعه في الحقن بماء الجير وكلوور الكلس بل هي خطيرة وقال بلياز
احسن العلاج تنديبة التكت المبدورة في الفم بقلم ثقيل مغموس في ماء الخطمية
وغسل فم الطفل بذلك ويعالج التهاب القناة الهضمية بما يناسبها قال وقد
شاهدت نجاح هذه الطريقة على يد بارون واوصى جرسان ما بعد ذلك
باستعمال مطبوخ لعابي اى مطبوخ كان يضاف عليه مقدار ربعه من سائل
لبارالزاي كاوورور الصود السائل ليغسل به فم الطفل قال ويظهر لي ان هذا
السائل الممدود بمطبوخ لعابي احسن من محلول تحت بورات الصود ومحلول
كبريتات الخارصني وهو مختار ايضا في الحقن عن ماء الجير فان هذا يهيج المعاء
اتهي ويصح ان يضاف على الفراغ مقدار يسير من السب لكن لا يلجأ
لذلك الا اذا لم تنفع الغسلات المرخية

المبحث الرابع

في الالتهاب الصمى الجرابى (قلاع)

اضطرب الاطباء من قديم في المجلس الحقيقي للقلاع وطبيعته الحقيقية وما
عليك الامطالعة مؤلفاتهم من زمن بقراط الى زمتا هذا لتقف على صحة
ما ذكرناه ثم من المتأخرين من عني بالقلاع قروح الفم مهما كان شكلها الاول
ومنهم من رأى انه يشور حوصلية بيضاء من الوسط وحر آمن حوافها واعرض
الطبيب الماهر يشافى بمجث الخوريون المخاطى اسئلة فقال هل القلاع آفة
في الخوريون المخاطى او في الحلمات او في الغدد او هو التهاب منعزل خارج
عن هذه الغدد بخلاف النزلة في الفم فانها التهاب عام في سعة عظيمة من المجموع

المخاطى انتهى والذي اثبت به بليار انه التهاب في الاجربة المخاطية التي في الفم
وتلك الاجربة لا تشاهد في الحالة الاعتيادية فبقى محققة في سلك الغشاء كثيرة
العدد صغيرة الحجم فاذا التهابت احتقنت وانتفخت وظهرت على الوجه
الباطن للسفيتين والخدين وقوائم اللهاة وقبوة الحنك او على الوجه السفلى
والجوانب لقاعدة اللسان على هيئة نقط صغيرة بيضاء واحيانا توجد نكت ملونة
من مركزها بارزة قليلا ومحاطة غالباً بآثره النهاية خفيفة جداً
ثم هي اما منعزلة اى قليلة العدد او متضاعفة منتشرة على اجزاء الفم واحيانا
تحس بها الاصبع قبل ان تميز بالبصر والغالب ان لا تكون مقصورة على الفم
وانما تمتد للمرى والمعدة والقناة المعوية ولتقصر الكلام هنا على شرح
اجربة الفم

فالتهاب الاجربة قد يقف احياناً في الدرجة الاولى فيمكث فيها زمناً طويلاً
بدون ان يحصل منه عارض لكن كثيراً ما يتقدم ويحصل منه التغيرات الاتية
وهي ان النكت الجرارية تتسع لكن لا تزال حافظة لشكلها المستدير الاولى ثم لم
تلبث قليلاً حتى يخرج من مركزها مادة مبيضة توجد اولاً محصورة مستورة
بشرة الغشاء الذي يتزق عقب ذلك او يتقرح فتخرج منه تلك المادة بيضاء
صديدية خبيثاً يكسب القلاع منظراً جديداً فيبتدأ في الدور الثاني اى دور
التقيح فالنقط البارزة التي ذكرناها ليست درنات كما قال غرديان ولا حوصلات
ولا بثوراً كما قال غيره وانما هي الاجربة المخاطية كما ثبت ذلك بمجسملها وشكلها
الذي هو واحد دائماً وانما افتتاحها من المركز وهي تشبه مشابحة تامة الاجربة
التي تشاهد في المعدة والمعاً الدقيق والاعور وقولون فحيث كان الامر كذلك
كيف يشك في ان التقرح الذي يتبع هذه النقط الجرارية ليس نتيجة التهابها
وما الذي يمنع كون القلاع التهاباً في الاجربة المخاطية للفم مع انه لا يشك الا ان
في ان القروح المستديرة في المعاً الدقيق والغليظ انما هي تابعة لالتهاب الغدد
الصغيرة التي توجد في هذه الاقسام وتشبه جيداً اجربة الفم ولاجل ان نوضح
ايضاً جيداً هذه المسئلة التي شك فيها يشاندوم على شرحنا ونقول ان الجواب

مضى تمزق لا يتكون منه نكتة بارزة وانما يكون قرحة سطحية مستديرة الحواف
وتارة مقطوعة بالحرف منتفخة ومحاطة غالباً بآثره النهائية حمراء وكثيراً
ما تنفر من حواف هذه القرحة الصغيرة ومركزها مادة ابيضاء تلتصق بها
كقشرة صغيرة وينتهي حالها بان تفصل وتسقط خارجة مع لعاب الطفل وذلك
كله غير منازع فيه

والقلاعات المنعزلة تشغل في العادة الوجه الباطن للشفة السفلى وقيد اللسان
والوجه الباطن للحنين واطراف اللثة الغير الخارجة منها الاسنان فاذا كانت
القلاعات كثيرة العدد متقاربة لبعضها مختلطة الحواف امتدت المادة اللبية من
جواب الى آخر فتتكون من ذلك طبقة تختاب في السعة والسمك وذلك هو
السبب في اشتباه القلاعات بالموجيت مع انه يمكن التمييز بينهما بما يلاحظ
نمو الاجربة المتهبة وتفرق الاتصال الذي لا يوجد في الموجيت على ان الافراز
الذي يصعب القلاع يتبع دائماً التقرح ويشاهد غالباً بل دائماً على الجزء الباطن
للشفتين والحنين واما النقط البيضاء للموجيت فتظهر اولاً على جوانب
وطرف اللسان المتهب وتتمدد من هناك الى الاجزاء المجاورة لها ثم ان القلاعات
ليست صفاتها واحدة دائماً في جميع اوجه نموها فقد يتفق ان النقطة الجارية اذا
تقرحت لم تغط حواف القرحة كما هو العادة بافراز زبدى خفيف وانما يصعد
منها بالتضيق قليل فيجمد حتى يكون في منظر قشرة خفيفة مسمرة ظنها بعض
المؤلفين كافي الذبحة الحبيثة خشكر يشة غنغرينية مع ان جرسان وبريطونوس
اثبتا لناسا بقا انما ظنوه ذبحة غنغرينية انما هو في الحقيقة التهاب في المنسوج
المخاطي بدون فقد جوهر وذلك للتهاب ينشأ عنه غلالة تتسخ بالدم المتصاعد
من السطح المتهب فر بما تكون بذلك في منظر الخشكر يشة فاذا ن يلزم ان يبحث
مع غاية الانتباه في طبيعة وسبب القشور المسمرة التي تغطي القروح القلاعية
قبل ان يحكم بانها غنغرينية وهذا الغلط ربما حصل منه في العلاج تلف كبير
لانه قد يؤدي الى العلاج بالمقويات والمحييات مع ان الداء في الواقع يلزم له
العلاج بالوسائط المضادة للالتهاب ومع ذلك لا تنكر ان الاجربة المتقرحة

في القم قد انتهى احبانا بالغنغريشا وانما نقول ان هذا الانتهاء نادر جدا - فاذا
تلطف الالتهاب او انقاد للوسائط المستعملة له القرحه ولا تترك بعدها
اثرا محسوسا ومع ذلك عمقها المحسوس نائبي من سمكة حوافها الملتببة
المنتفخة

فعلما من ذلك ان قلاع القم يكابد في نموه الالتهابي دورين اما ان يكون على شكل
اورام صغيرة بيضاء دخنية او ان هذه الاورام تتقرح وتفسد فتخرج من ذلك ومن
تقويتها بالمشاهدة ان القلاعات ليست كلها اوراما كما زعم بعضهم ولا قروحا
كما زعم آخرون وانما تارة تكون ذات وتارة تكون ذلك على حسب درجة التهابها
فاذا لم يشاهد في بعض الاحيان الاقرحة فذلك لكون النمو الاول للجرب
قر من اتباه الطبيب او الاشخاص المحيطين بالمريض والشرح الذي شرحه
بذلك يقرب لما قلناه وانما جعل الاورام الصغيرة التي اعتبرناها نمو مرضيا
للأجربة المخاطية حوصلات متكونة على سبيل العرض ثم انهم شبهوا القلاعات
بالدخنية نظرا للمساواة التي ظنوا وجودها بين هذه الاورام الصغيرة القمية
والاورام التي تظهر على الجلد في بعض الالتهابات الجلدية غير ان هذه المساواة
غير قوية اذا كان حقا ان القلاعات ناشئة من انتفاخ الأجربة المخاطية
اذ لا يصح حيثئذ مقابلتها بحوصلات الدخنية التي تختلف بالذات عنها
ثم نقول ايضا ان قروح القلاعات تختلف ايضا عن غيرها من القروح التي
تظهر ايضا في القم وستكلم عليها فيما يأتي

وبعد ان فرغنا من الكلام على طبيعة القلاعات ونمونها نبعث عن اسبابها
واعراضها العامة ومضاعفاتها ومعالجاتها فنقول القلاعات ليست
مرضات خاصا بالاطفال فان البالغين قد تصاب بها ايضا ولا شك ان ذلك هو
الذي راعاه باطمان حيث قسم القلاع الى طفلي وبلوغى ثم اكثر مشاهدته
في الاطفال الضعاف المنتقمين اللون اللينفاويين ولا نبعث عن سبب القلاعات
في احتباس العقي وموضوعة اللبن وغلبة الحوامض في اخلاط الطفل وانما
تعتبر ان الذين يصابون به كثيرا هم الاطفال الذين يتسلطن فيهم المجموع

اللينفاوى اى يكتسب فيهم ظهورا عظيما بسبب تأثير ردة الاغذية او الهواء
المعيب الذى يستنشقونه من المحال الرديئة ويكثر ايضا فى الاطفال المرضى
المتراكم منهم عدد كثير فى محل واحد وكل ذلك ثابت بالمشاهدات الصحية
والظاهر ان الجهاز الجراي للقناة المعوية يكتسب حينئذ زيادة فى القوة
الحوية مع المجموع اللينفاوى ومن ذلك ~~صكان~~ استعداد هؤلاء الاطفال
للالتهابات الجرابية والتغيرات التى تتبعها فى محال مختلفة من قناتهم
الهضمية

قال بليارد شاهدت فى بيت اللقطاء ان الموجيت يستولى بكيفية عامة
على الاطفال المولودين عن قريب بخلاف القلاع فان اكثر مشاهدته فى الذين
وصلوا الى زمن التسنين الاول وذكر ايضا الطبيب دينيس الذى سمى القلاعات
الحقيقية بالنقاط المتفرحة ان القلاعات لا تظهر غالبا فى الاطفال المولودين
جديدا واذا اعتبرنا القوا التشرىحي للعقد اللينفاوية والجهاز الجراي فى القناة
الهضمية فى المولودين نرى ان هذه العقد التى تكاد ان لا تظهر فيهم تكتسب
نمواسريعا فى الاشهر الاربعة او الخمسة الاول من الحياة بحيث ان نمو هذا
المجموع اللينفاوى يجذب معه متعلقاته فيطبع فى بنية الاطفال استعدادا
مخصوصا ينتج منه تهيجهم لالتهابات الاجربة والغدد الدهنية فظهر من ذلك
توافق المشاهدة التشرىحية والمشاهدة المرضية ويكون ذلك سند للمذاهب
التي تلتزم اعتمادها فالحاصل ان السبب الرئيس للقلاعات ~~صكان~~ كائن فى القوا
التشرىحي وزيادة الشدة الحوية فى الجهاز الجراي بجميع الاسباب انما راجعة
الى توقف هذا القوا وتساعد فى الشخص انتهى

والاعراض العامة فى هذا الداء عديمة الوجود غالبا فلا يوجد فى الطفل حتى
فى معظم الزمن وانما يكون الجلد حارا جافا والتبض يضرب بهدو قال بليارد
شاهدت اثني عشر طفلا مصابين بالقلاع الواضح الصفات فلم ارضع بات الشريان
الامن ستين الى ثمانين ولا شك ان هذا ليس علامة حمية وقد ذكر ذلك الاطباء
المستغلون بامراض الاطفال من زمن طويل فقد قال اوندروود يقال

عموما ان الحمى تصاحب دائما القلاع لكن ليس الغالب ذلك وان كان
 القم غالباً شديد الحرارة حتى في المحل الذي يلامس حلة ثدى المرضعة ويظهر
 ان الطقل لا يلتقم الثدى الاكرها ومع بعض احتراص ولا تظهر الحمى
 في الاطفال المصابين بالقلاع الا اذا قدموا في السن بل لا توجد في الجميع
 غير ان هذا التنبيه يستدعي انتباه الاطباء لانه يمكن ان يذكر في كتب الباثولوجيا
 العامة الا ترى ان الطبيب فيل نظر لهذا التغير المخصوص في الغشاء المخاطي
 للطرق الهضمية ذكرانه يلزم ان يسمى بالحمى المخاطية او الغدية المخاطية
 واحدة من الحيات الرئيسة لكن اذا علم ان هذا التغير قد يوجد احيانا بدون
 حمى كما يشاهد ذلك في المولودين جديد الزم ان يكون مجلس الحمى وسيها في محل
 آخر غير هذا التغير الذي لا يكون الاعراضا ممكنا لانه لازم دأتم مع ان فيل
 اطال الكلام كثيرا في هذه الحمى وفي الصفة التشريحية التي جعلها من الاوقات
 الرئيسة التي تشاهد في جنة من مات في الاوباء المختلفة للحمى المخاطية فقال
 ان حالة المعدة والمرى والمعدة والامعاء كانت على الخصوص اهلا للاعتبار
 في آفة الغشاء المخاطي الذي لهذه الاجزاء اذ كان من المعلوم طبيعة وجدان
 القلاع في القم انطلق اعني ان يتفصل من بعض المحال اهداب تشبه البشرة
 التي تغطي الغشاء المخاطي انتهى نعم قد يوجد مع ذلك في هؤلاء المرضى مثل
 هذا التغير في الجهاز الجرابي للامعاء لكن سنذكر احوال امثل ذلك في الاطفال
 الذين لم يحصل لهم من ذلك اعراض حية ولنكتف الان بما ذكرناه ليكون
 مساعد النافعا بما يأتي

ثم ان القلاعات القليلة لا يشاهد معها من العوارض التابعة الا بسير بخلاف
 القلاعات المتراكمة فيشاهد الطفل منتقع اللون مهزولا بسرعة ويحصل له
 اسهال تختلف كثرته وتغايي جميع ما يتناوله وذلك ناتج من كون الداء امتد للمرى
 والمعدة والامعاء وهذا التضاعف كثير الحصول وكثير الاهلاك وكثيرا ما يشاهد
 ايضا قلس وتجشئ فتخرج بذلك رائحة حمضية تنسب غالباً لكون اللبن الذي
 ارتضعه الطفل اوسق له لم ينضم في معدته المريضة فتخرج بالقي بعد ان حصل

فيه ابتداء تحلل تركيب وتلك الراتحة الحمضية مشابهة في الحقيقة لراتحة اللبن المضروب بالحرارة او بالخل قال بليار ويظهر لي ان من العقل ان توضح بذلك هذه الراتحة الحمضية للمواد المتقيئة من الطفل ولفضلاته لان يفتش على السبب في الحمضية او القلوية لاختلاطه فان ذلك هجر الآن والتي في زوايا الاهمال كيف تنسب الحمضية الاختلاط راتحة الحمض في مواد القيء من شخص ملزوم بان يخرج طعاما كثيرا ادخله في معدته ولم ينهض او تكرر المهضم فيه بانزعاج قوى كرج العربات واهتزاز السفينة

وقلاعات القم يحجبها قيئا الى يحكم بشدته من صباح الطفل وسهره واضطرابه حيث يشاهد ذلك في معظم الاطفال فاذا امتد التهاب القم الخلقي وحدث انتفاخ اللوزتين والتهاب القصبة الرئوية حصل في الصباح تغير محسوس وذلك هو معنى ما قال غرديان ان آلام هؤلاء الاطفال يدل عليها صوت ايج فيه صغير قليل لانه بكاء حقيقى وسنشتغل فيما يأتى بمسئلة هل يظهر القلاع في القصبة الرئوية ام لا

العلاج * الوسائط العلاجية التي اوصاها بالعلاج قلاع القم تختلف على حسب اختلافهم في طبيعة هذا الداء فمن من حيث انشأته انه التهاب تختلف شدته في الجهاز الجرابي للغشاء المخاطي القمي تقول انه يلزم الابتداء بمضادات الالتهاب غير ان عندهم من الوسائط التي امروا بها على مقتضى المشاهدات المخصوصة بعض فاعلات دوائية فيها قوة على تسويع هذا الالتهاب تنويعا جيدا ومعالجته فيلزم ان نذكر شيئا منها

فاذا وجد في طفل هذا القلاع وكان بحسب الظاهر جيدا ملبا كالزمن غسل فمه بقلم رسم من تفتيت دقيق مغسوس في مطبوخ الخطمية او ماء الشعير او اللبن الممزوج ولا بأس ايضا بان يوجمل قلم بخار ماء الخطمية او الماء البسيط ولا ينبغي اهمال النظر للحالة العامة التي تعيش فيها بنية المريض حيث يكون ذلك من الهواء الرى الذى يستنشقه او من تغذيته الرديئة فانه كثيرا ما شوهدت اطفال رفعوا بالعرض من الحالة التي هم فيها فحصل لهم يمين سريع

كأنه نجاني حينما وضعوا في حجر مرضعات جيدات اللبن وخرجوا من حالة الضعف والخلول التي كانوا مغمورين فيها بسبب التغذية الغير الكافية لهم فيلزم اذن اخراج الاطفال المصابين بالقلاع من جميع هذه الاسباب البادية التي تعين فيهم على تسليط المجموع اللينفاوى ومراعاة احوال قناتهم الهضمية حتى لا تهيج بالمقويات التي يؤمر بها لعل الوجه المطلوب

فاذا بقي القلاع واقفا وكان متجمعا واستعصى على مضادات الالتهاب كان لا بأس بابدال المشروبات المليئة بالفراغرا الحضية ومن النافع استعمال مخلوط ماء الشعير والعسل الموردا جزاء متساوية مع اضافة بعض نقط من الحوض الكبيرى ومن النافع احيانا مس السطح المتقرح بقطعة من الشب لتغير صفة التهيج فيصير في الاسطحه الملتبته ميل للالتحام ومن المعلوم ان اريتته من القدماء امر بوضع الشب في علاج الالتهاب المزمن للغم والبلعوم ومع ذلك لا يستعمل الامع غاية الاحتراس ومتعاقبا مع الفراغرا الملطفة حتى لا يتجاوز درجة الالتهاب التي يراد انالتهاب هذا الدواء

ولا حاجة لاطالة الكلام بذلك رادوية اخذ كروها ككبريتات الحارصينى والبورق ونحوها لان الشب الذى فعله يكون سليما اذا استعمل مع الاحتراس يتم تلك الغاية ومع ذلك لا ينبغي ان يهمل استعمال غرغرة من سائل لبارالك الذى اوصى به جرسان في الموجيت وذكرناه فيما سبق

فاذا علم من صياح الطفل ان معه الماشديدا كان لا بأس ان يراى على غراغره الملطفة شراب الخشخاش المسمى دياقور بكمية من درهم الى درهمين في اوقيتين من ماء مصمغ اولعابى واما المقويات والمقيئات والمسهلات التي امر بها بعضهم من الباطن فالظاهر انه لا يمكن ان يؤمر بها مغموما ولا ان يقتصر عليها وستكلم على استعمالها اذا تكلمنا على الالتهابات في القناة الهضمية ونذكر لك اذالك الوسائط التي بها يقاوم هذا التضاعف فاذا انتهت القلاعات بالغنغرينا عولجت بالوسائط المذكورة في الالتهاب القمى الغنغرينى فاذا كانت مصحوبة بافة جارية او بدلت بها بحث في تلك الآفة حتى تعالج على حسب طبيعتها

وسيرها

وسببها ووسائلها العلاجية وبالجملة فعلاج القلاعات يكادان لا يختلف
عن علاج الموجيت

المبحث الخامس

في التهاب القمى التقرحى

عنى بليار بذلك قروحا تظهر فى اى جزء كان من تجويف القم كقيد اللسان
وقاعدته والوجه الباطن للخدين وقبوة الحنك وذلك فى المولودين جديدا والذين
جاوزوا وقت الولادة بكثير او قليل وبالجملة هذه القروح غير القروح التى تتبع
الموجيت والقلاع والغالب انها تكون منعزلة قليلة العدد بل احيانا تكون قرحة
واحدة ويندر ان يعجبها او يسبقها حتى عكس القروح التى تتبع الموجيت
وقد تكون احيانا تابعة لهذا الداء اى الموجيت وتلك الحالة هى التى يوصل
الطفل فيها الداء الحلمة مرضعته وتشتخص تلك القروح ومعالجتها لا تختلف
عن نظائرها من الموجيت الاعتيادى وهذه تشاهد احيانا فى الاشخاص
الذين وصلوا الى آخر درجة من الاستعداد السرطانى وفى المسولين وتوجد احيانا
فى الحلق كما يظهر مثلها حول الشرج وتكون حينئذ علامة أكيدة على وجود
نظيرها فى القنطرة المعوية فتكون من العلامات المغمة فى مثل تلك الحالة لا ترفع
الا المعالجة التوسكية ولتقف هنية فى شأن القروح التى نعتبرها موضعية
وهذه تعرض احيانا بدون سبب معروف وذلك كالتى تظهر على الوجه
الباطن للشفين والخدين وجانبي اللسان وقيد وسقف الحنك واللوزتين مع
بعض اعراض ذهبية ويشاهد ايضا فى الحفر الانفية مثل ذلك الا انها حالا
تغطى بمخاط يجف ويتبين وبصير قشورا

ومن المهم تمييز هذه القروح عن القروح الاكلة الزهرية التى تشبهها فى المنظر
وعن قروح اخر تنحى محفوظه فى القم من اسباب موضعية فالقروح التى تنحى
بصددها يتولد كل منها من نقطة حمراء ثم تتقرح ويتسع سطحها وبصير سنجابيا
وحوافها تكون جيدة القطع اى ليست مشرومة وتكون حمراء مؤلمة ويندر
ان يكون فيها اعوجاج وليست شديدة التعمق ولا الصلابة ولا تتقدم بسرعة

عظيمة ولا تستعصى استعصاء قويا عن العلاج وذلك كله عكس القروح الاكالة
الزهرية فاذا طالت مدتها فذلك عادة يحصل من تجدد هابعد زوالها من
نفسها وتلك الحالة الاخيرة تكني لتمييزها عن قروح تكون اعماق منها وتسبب
من بروز الاسنان المكسورة او التي فيها زوايا تتهيج او تغرق للسان او الخد
مع انه يسهل معرفتها بوجود هذا البروز نعم قد يكون التهيج من التهاب اصلي
غير ناشئ من الاسنان هو الغشاء المخاطي الموضوع بين القوسين السفليين اللذين
هما في اجود تكون اعتيادي فالتقرح يكون حينئذ مستطيلا ويدل على
طبيعته وسببه هيئة عرف بارز موضوع في المسافة بين السنين واما القروح
التي تحصل من التلعب الزينقي فسيأتى شرحها في الكتاب الثاني وتعرف
بعلامتها المقدمة وهي التلعب وانتفاخ عقد العنق ورائحة النفس
والغالب ان القروح الموضعية تزول بعد بعض ايام بدون علاج فاذا استعصت
استدعت اولا النظافة وثانيا مضادات الالتهاب كالفسلات والغراغر
والاستحمامات التي هي من طبيعة ممر خيسة فاذا طالت زمتها وقصص المها
والتهابها كان لا بأس باستعمال غراغر او غسولات حمضية وفي بعض الاحوال
تتقادصعوتها لتكثول القوقلار من اى حشيشة المعالقي محدودا بالماء واحيانا
قالوا بمن السطح المتقرح يبلورة من كبريتات الحديد واتفق انه ينال النعمانها
بمسما مرتين بترات القضة ونجح ذلك مرة في التي على اللوزتين وبالجملة ضلح
هذه القروح يقرب من علاج قروح القلاع والموجيت فاذا انتقلت تلك القروح
الى الغنغرينا استعملت وسائطها التي ستذكر قريبا وسيأتى لنا فظير ذلك
في الذبجة البلعومية واما لى الغشاء المخاطي فهو قنبر ثقيل يعسر علاجه

المبحث السادس

فى الالتهاب القمى البثرى

قال بليار نسمى بذلك التهاب الغشاء المخاطي القمى الذى يظهر فى سير الجلد
ويحصل منه بثور تشبه بثور الجلد ولا تستدعى هذه البثور وسائط مخصوصة
ولا طرعا علاجية يلزم اتباعها وعلاجها يدخل فى علاج الالتهاب الجلدى

الذى

الذي ظهرت معه ولذلك نحيل الكلام عليها ونقول ان كلامنا من ظهورها
وسيرها وعلاجها مرتبط بنظيره في الجدرى ولم ييسر لي الى الان ان اجزم
جزما بيننا بمجلس هذا التغير الذي نعتبره بئرا ينظر المشابهة منه وبين الالتهاب
الجدرى المصاحب هو له انتهى

المبحث السابع

في الالتهاب القمي الغنغري

غنغرينا الغشاء المخاطي القمي او جدران الفم قد تعرض بكميات مختلفة
فقد تكون هي الانتهاء لبعض الاصناف السابقة من الالتهاب القمي خصوصا
الجرباي وقد تظهر عقب تغير مخصوص يعرض في الاجزاء الرخوة لجدران الفم
ولنجهت في البحث عن اسباب هذا التغير وصفاته

فالغنغرينا التي تظهر في الحال المتقرحة من الفم ذكرها معظم المؤلفين وسموا
هذا التغير بالقلاع الغنغريني قال بليار ويظهر لي انهم كثيرا ما اعتبروا بعض
اصناف القلاعات غنغرينية والحال انها ليست كذلك حسبما ظهر لنا
من المشاهدات

ثم ان القلاعات اذا اتلفت لحالة غنغرينية فان حوافها تذبل وتتخذ منظرا
احتراقيا متميزا رخاوا كثيرا ما يتكون في مركزها خشك ريشة سمراء تنفصل
حالا ويكتشف عنها سطح احمر محجب واحيانا يتفصل من مركز القرحة مادة
يصير قوامها هلاميا وتكون مسمرة اللون وذات رائحة غنغرينية
واضحة جدا ثم تنتفخ الاجزاء المجاورة لها ويصير منظرها بنفسجيا وقوامها
رخوا بحيث يسهل ان يغاطها بالاصبع وفيه الطفيل في ذلك الزمن ينفتح دائما
نصف افتتاح ويسيل منه احباب سائل خيطي والوجه ينتقع لونه ويبقى
المريض في سبات وضعف ولا يحس مع ذلك كله بحركة حمى ولا يظمر فيه تبه
مخفي ونبضه يبق دائما رآدا الضعف وجلده يكون عظيم الاعتبارا بتقاع اللون
وعدم الحساسية وكثيرا ما يضم لهذه الاعراض القيح والامهال وتوتر البطن
والنفواق احيانا والقلس كثيرا

وهذا الانتهاء للقلاعات مهالك لانه يعرض عادة في زمن يكون الطفل فيه غالباً
مهزولاً منحولاً بسبب تقدم الالتهاب الذي اصابه فتأثير الادوية المناسبة
اذ ذلك قليل واما يلزم عند تحقق غنغرينا القلاعات ان يمس السطح اولاً بماء لعابي
محض قليلاً فاذا لم يحصل من ذلك تنوع في منظر القرحة لزم استعمال الحمض
الكبريتيك او المارياتيك فلاجل وضع ذلك بالمناسب تؤخذ ابسوبة من زجاج
شعرية تغمس في الحمض لتتنص نقطة او نقطتين ثم توضع بعد ذلك على سطح
القرحة وتمس بها بلطف وبعد وضع الحمض وانفصال الخشكر يشتمس الحال
التي بقيت متغفرة باسطوانته من نترات الفضة المبرية لانه اذا استعمل الحمض
حينئذ ايضاً خشى امتداده للاجزاء التي ليس عليها خشكر يشتمس فيصير سطحها
شديد التهيج بخلاف الحجر الفضي فانه يسهل تلطيفه وتحميد فعله بالارادة واذا
استعمل من الابداء لم يؤثر في العمق تأثيراً كافياً

وما قلناه في القلاعات الغنغرينية ينزل على جميع قروح الفم التي تكسب
منظر المحزنا ولتسلكم الآن على الغنغرينا الحقيقية للفم اعني التي لا تكون
تابعة لالتهاب خالص ظاهراً الصفات ويظهر انها حاصلة من تغير مخصوص
في جدران الفم وهذا الداء اشتغل به الاطباء من زمن طويل الا انه لم تقن
دراسته اتقاناً جيداً الا في هذه الازمنة الاخيرة ولا سيما مؤلفات بارون
وبورسان فانهم اذ كرا في هذا الداء قواعد صحيحة بخلاف غيرهما من المتقدمين
فان وزيتن مثلاً ذكر ان منسوج اللثة قد يفسد بالغنغرينا او باللين وسذكر
هذا التغير قريباً ولم يشرح في الحقيقة غنغرينا الفم التي نسميها الآن بذلك
حسبما شرحتها الاطباء الذين ذكرتهم ونحن اذا شرحتها ندخل فيها
فساد اللثة وفساد اى جزء كان من الغشاء المخاطي المغشى لجدران الفم ومع ذلك
لا نقصر شرح الغنغرينا على وقت ظهور خشكر يشتمس في المحل الفاسد
بل نبحث ايضاً عن الحالة المرضية التي تسبق تلك الغنغرينا وتوصل
اليها فنقول

قد شاهدنا في امراض الجلد ان اقدام الاطفال وايديهم واشفار البنات الصغار

معرضة لانتفاخات غير مؤلمة وان الغالب ان هذه بدل ان تحل نتهي
بالغفر يساومثل ذلك يشاهد في القنحة المقدمة والجدران لقم بعض المولودين
وذلك ان هذه الانتفاخات الغير المؤلمة توجد في المولودين الضعاف المترشحين
الذين هم في حالة سقوط وسبات بحيث تكون القوة الحيوية فيهم ضعيفة جدا
وذكر بليدار مثله من ذلك منها ان طفلا عمره شهر كان يرضع في بيت الاطفال
من وقت ولادته وبنيته ضعيفة ولونه متفتح وبطنه متوتر ويتقاي اللب الذي
يشربه فدخل قاعة المرضى في اليوم الرابع من شهر فورير سنة ١٨٢٦
وكان معه ما عدا ما ذكرناه اعراض اخروهي تقاي المشروبات بعد ان يشربها
بقليل واحمر ارحوا في اللسان وتوتر البطن واسهال مادة صفراء واحمر آثر
الشرح فامر له باستعمال الارز المصنع والكادات المرخية على البطن واللب
الممزوج وبقي على هذه الحالة مدة ثمانية ايام وفي اليوم الثاني عشر من الشهر
ظهر على سطح اللسان بعض نقط من الموجيت واخذ التحول في التقدم السريع
وصار لون الطفل زائدا لاصفرار وانتفخ وجهه وترشح بالمصل وفي الخامس عشر
زاد ترشح الوجه وشوهد ما عدا ذلك انتفاخ ظاهر في الشفة العليا وبسبب ذلك
كانت دأ ثما ترفعة قليلا بحيث صار القم منفخا نصف انتفاخ وكان هناك
ايضا اذوما قليلة في الاجفان واما الحالة العامة للطفل فلم يكن منها عظيم
الاعتبار الا الهبوط وانحطاط القوى ولم يكن معه حمى فامر له بالارز المصنع
واللبن الممزوج وفي اليوم الثامن عشر اقتطع الاسهال والقيء وبقيت حالة
الوجه والشفة كما كانت وفي العشرين زاد انتفاخ الشفة العليا وصار لون
حافتها بنفسجيا واستولى البرد العام على الطفل والصباح الذي كان ضعيفا صار
لا يسمع وصارت نبضات القلب بطيئة غير منتظمة وظهرت قشعريرة ومار
الطفل بالليل

ولما فحنت رتمته وجد في الشفة العليا مصل ليعوي مخلوط بنقط دموية وممر تشح
ذلك في النسج انخلوى تحت الجلد وكان الغشاء المخاطي المحاذي لذلك منتفخا
رخوا جدا وكان في الشفة السفلى ايضا انتفاخ اذوماوى خفيف ووجد

في قيد اللسان قرحة سطحية لم تكشف حال الحياة ووجد المزمار منتفخا
انتفاخا اوديمياويا المرئ شديد الاحتقان بالدم والمعدة سليمة والاثنا عشرى
محتويا على سائل لزج مصفر وفيه حزور كثيرة حمرة وباقي المعال الدقيق انما كان
لونه ورديا قليلا ومع ذلك كان غشاؤه الباطن منتفخا سهل التمزق ووجد
في قولون بعض حزور حمري ووجد فيما بينها خطوط مزرقة والكبد محتقنة بالدم
وكذا الرئتان ايضا وثقب بوتاال منتفخا واما القناة الشريانية ففسدة وادعية
سطح المخ كانت محتقنة وبطونه غير محتوية على مصل
فهذه المشاهدة عظيمة الاعتبار في كون ظاهر جسمه الذي هو مصفرها بطريا
استدعى استعمال المقويات لكن يمنع منها حالة الطرق الهضمية الملتهبة وهل
ينسب ذلك الهبوط العام للاحتقان الدموي في الاعضاء الرئيسة للجهاز
الدورى وعلى كل حال يلزم ان ننبه على انه لو لم يمت الطفل لوصل هذا الانتفاخ
الاوديمياوى في الشفة العليا الى الفساد كما شوهد ذلك في المشاهدات الاخرى
فمن تلك المشاهدات مشاهدة طفلة عمرها اثني عشر يوما وولدت ضعيفة
هزيلة وصارت تأخذ في الضول كل يوم بين يدي مرضعتها فحملت الى بيت
المرضى تاسع يوم من شهر جوليت فكانت منتفخة اللون تصبح تارة ونسبت
اخرى ودرجة حرارة جلد لها طبيعية ونبضها يضرب من سبعين الى ثنتين
وسبعين والضربات صغيرة ربما غابت تحت الاصبع فامرأها باللبن المزوج
بماء الشعير وبقيت على تلك الحالة الى الخامس عشر حينئذ اخذ الضول في التقدم
وزاد الاصفرار وصار اللسان احمر شديد الحفاف وعلى جوانبه شيء من الموجيت
فامرأها بغراغر من الخطمية واللبن المزوج وفي الثامن عشر امتد الموجيت
منفرشا على سطح اللسان وصار جميع الجزء السفلى من الوجه اوديمياويا وصارت
الشفة السفلى مجلدة الانتفاخ عظيم فتخرج من ذلك انها انقلبت الى الخارج وصار
منظر الجلد المغطى لها دهنيا وغشاؤها المخاطى مكثما اى ذا كدم
فامرأها بغرغرة من مطبوخ الكينكينا واللبن المزوج وفي اليوم العشرين
عظم انتفاخ الشفة وظهرت نكتة بنفسجية شبيهة بالوجه في جلد الشفة السفلى

الذى

الذى اذا لمس ويحدث اواصا والنبيض بطيئا بل يكاد ان لا يدير لئلا الطفل في حالة
الخطا تام ولم يحصل له ما في ولا اسهال ومكثت هذه الحالة معها الى اليوم
الثاني والعشرين فانتهت في الليل.

وفي فتح رمتها وجدت الشفة السفلى مرشحة بمصل دموى بحيث صار منسوج
الشفة في سمك اربعة خطوط بل اكثر واذا شق بالمشرط كان شقه تقريبا رقع
عند القطع واما الغشاء المخاطي فابتدأ في الانتفاش والانفصال عن الوجه
الظاهر للفت ولم يبق على اللسان الا بعض شئ من الموجيت وكان لون المعدة
بنفسجيا واما غشاؤها الباطن فمتنفخ سهل التمزق وبقية القيلة الهضمية
مبدور فيها خطوط حمر والعقد المسارية بقية اصككتها خاسن العادة
والرئتان سليمتان والقيلة الشريانية منسدة وتقب بونال قليل الانفتاح
والخ سليم ايضا.

فقد رأينا في هذه المشاهدات كلاً اوتقرح في الغشاء المخاطي للقم حصل
عقب انتفاخ اوديمياوى كان جدران هذا التجويف مجلساله بجله ايام وسرى
في المشاهدات الالية تقدم الغنغرينا تقدم لو اسه اسريعا.

وحاصلها ان طفلة عمرها تسعة ايام دخلت المارستان في اليوم الخامس من
جنفيري وكان معها اوديميا عامة ولونها ضعيف والنبيض ممتلئ غير منتظم وفيه
بعض سرعة والسياح قليل الظهور وفيه بعض خفاء والصدر لا ينظم منبه
بالقرع الاصوت مصكتة وم اصم في الجهة اليمنى فاحر لهما بمنقوع صدرى
سكرى وبالبلن المزوج ثم من اليوم الخامس الى الثامن لم يحصل تغير في الحالة
عظيم الاعتبار الا كون الطفلة لم ترزل آخذة في التحول وفي اليوم الحادى
عشر ظهر في الجانب الايمن من الوجه انتفاخ ظاهر وانتفخت اللثة من تلك
الجهة وضعف ضياع الطفلة وصار ينزل على الدوام من فمها مادة مخاطية
مدمة تلتصق على الشفتين ولم يكن معها ادى حركة حمية فاحر لهما بالشعر
الحلى والغراغر الملية وفي اليوم الثامن عشر زاد انتفاخ الوجه زيادة موهولة
وتشوه واتقطع الصياع وبقيت اوديميا الاطراف وصار يفوح من الفم رائحة

البيض التتم مع كونه ممتلئاً من مادة مخاطية مدعمة والانتفاخ في اللثة لم يتقدم
 الا بتقدم انتفاخ الوجه قال بليار واعرض على حينئذ الطبيب بارون المنظر
 الاملس الذهني لجزء الوجه الاوذيماوى وحصل في انشاء هذا الانتفاخ نكتة
 مستديرة في حجم النصف الفضة لونهما احمر ويوجد في مركز الخد نواة احتقان
 اصاب من الاجزاء المحيطة بها فاقام للمريضة بالغرغرة الحضوية وباللبن الممزوج
 وفي اليوم الثالث عشر ظهرت خشكر يشة مستديرة سمرآ في المركز وصغراء
 في حوافها على الوجه الباطن الغد المنتفخ بل امتدت الى اسفل اللثة حيث
 يوجد قربها تآكل عميق حوافه مسمرة كأنها محترقة ويتصاعد من الفم رائحة
 غنغرينية واضحة واكتسبت النكتة الحمراء التي في ظاهرا الخد منظر انفسجيا
 واسترخت الطفلة وصارت غير متحركة بدون حي وفي اليوم الرابع عشر اتسعت
 الخشكر يشة واستولت على جميع سمك الخد الذي وجهه الباطن رخو مسمر
 محاط بدائرة حمراء بنفسجية وتبطل التاكل الذي ذكرناه بحجر عميق ناشئ
 من اتصال الغشاء المخاطي في محاذاة عظم الفك السفلي ويخرج من هذا
 الجرح مادة لزجة سمرآ مدعمة قليلا ثم مات الطفل في المساء وفي فتح رمتها وجد
 الانتفاخ الاوذيماوى الذي في الوجه كما كان في الحياة وقوام خشكر يشة مركز
 الخد في قوام الزبد وتفصل اهدابا ومنسوج الخد فيما حواها في منظر الشحم
 الجامد واللثة في هذا المحل فاسدة بالكلية بسبب الغنغرينا وعظم الفك متعرج
 واما المرآئ فصحتن والمعدة منكثة بنكت حمراء المعما الدقيق محققن احتقاناً شعريا
 عاما والغليظ سليم قال بليار وشرحت الاعصاب والشرابين والاوردة التي
 تتوزع في الخد فارأيت شيأ عظيم الاعتبار ووجد التصاق بين البلورا الصدرية
 والبلورا الرئوية في الجانب الايسر والرئة في هذا الجانب فيها قرقرة والرئة
 اليمنى زائدة الترشع بالدم في جميع فصها الاسفل ومقرقرة في جرتها العلوى
 والتامور فيه بعض تمدد ويحتوى على نحو ملعقتين من المصل الصديدي
 والوجه الباطن له حجر اللون والورقة التامورية ~~كثرا~~ احرار او مغطاة
 بمصعد غشائي كاذب سميك وسحوكته في محاذاة اذنى القلب اكثر منها في محاذاة

بطبيخاته وشوهد منسوج القلب مند مجامنتع اللون وفتحاته الجينية منسدة
والخ فيه احتقان عام

وهذه المشاهدة عظيمة الاهتمام فان فيها التهابا بلوراويا من منا وتامورا احادا
ونحن لاجل ان لا نخرج عن الموضوع الذى نحن بصدده يلزم ان نلقى انتباهنا
لسير غغريينا القم فلبه اولا على الانتفاخ الاوذى ماوى للجد الذى صار منظر
جلده فى بعض المشاهدات دهنيا وثانيا على النواة اليابسة التى شوهدت فى
مركز هذا الانتفاخ وتكونت يقينا من ابتدء فساد فى المنسوج الخلوى او الدهنى
وثالثا على المادة المخاطية المدعمة الخارجة من القم ورابعا على النكثة
البنفسجية التى تبدلت بخشكريشة وخامسا على الفساد العميق فى جدران
القم ومنسوج اللثة فى المحل المحاذى للخشكريشة وذلك الفساد فيه جميع الصفات
الواضحة للغغريينا وظهر اولا فى محل ملاصقة الجدار القمى اعظم الفل
وقد ذكر هذه التغيرات كلها بارون فى رسالته التى فيها فى غغريينا
القم ورتبها على تلك الدرجات التى يلزم مراعاتها فى العلاج حتى تصل
الى الدرجة الاخيرة التى هى مهلكة غير قابلة للشفاء

وقد تلخص لنا من ذلك كله ان لهذا الداء درجتين احدهما انتفاخ اوذى ماوى
محدود يعرف بالمنظر الدهنى للجلد وبالتواتة المركزية الصلبة التى يظهر
فى محاذاتها احيانا نكثة حمراء معتمة اما على الوجه الباطن او الظاهر لجدار
القم فهذه هى الدرجة الاولى ولا يصحبها فى الاطفال الصغار حمى ولا اعراض
الفعال واضح وثانيتهما ان يظهر فى الجزء المركزى خشكريشة تتكون عادة
من الباطن الى الظاهر فيفسد الغشاء المخاطى ويتعرى العظم وتموت الاجزاء
الرخوة كلها الى السمحاق وتسقط اهدابا وتزل من القم مع ذلك مادة مخاطية
دموية مخلوطة يبقاها الجدران القمية او اللثة ولذلك تتصاعد من المريض رائحة
تنتفم هذه هى الدرجة الثانية ولا ينبغي ان تشبه عليك غغريينا القم بالبثرة
الخبثة فان الاولى تخاف الثانية كما يأتى بكون التهاب الغغريين يبتدأ
من باطن القم ولا يمتد للجلد الا فيما بعد وليس هناك ما يدل على انها معدية

عن ذكرناهم نرى ان هذا الداء يظهر بالاكثر في الاطفال الذين يحصل لهم بعد التهابات الجلدية كالجلدري والحصبة الارتشاح العام الذي كثيرا ما يتبع هذه التهابات فيصرون بذلك في حالة استعداد مرضى شبيهة بالحالة الاعتيادية التي يكون عليها المولودون في الاشهر الاول من الحياة ومن ادلة ذلك بعض اطفال ذكرهم بارون في رسالته لصيبوا بالحصبة ثم تغتفر بنا القم مع كون وجوههم واغشيتهم اوديمياوية قال بليار وانما اطلنا الكلام في البحث عن اسباب الداء الذي نحن بصدده وعن طبيعته لان ذلك يوضح لنا اختيار العلاج الذي يلزم اتباعه لمقاومته

العلاج * هو يختلف باختلاف ادوار الداء فاذا كان هناك رشع عام عولج بالوسائط المذكورة في اوديميا المنسوج الحلوى اى تيسه فاذا كان الارتشاح موضعيا بان كان الوجه مثلا هو مجلس الداء لزم الاجتهاد في تحريض الامتصاص بالمرومات العطرية ولذلك الحاف فاذا صارت الاوديميا محدودة ووجد في مركزها نواة احتقان اصطب من بقية الاجزاء لزم حينئذ استعمال الوسائط المحللة القوية وسميا التريخ بالطلاء النوشادري ويلزم تغطية الخد برفايد منددة من محلول مركز من ادروكولورات النوشادر المسمى بملج النوشادر قال بليار واظن انه ليس من الحزم هنا استعمال مرومات زينة لان هذا الدواء قديم مرض تفرح الغشاء المخاطي القمي ومن المعلوم ان هذا الغشاء اذا تفرح تقدمت الغتغرية لتقدم مسرعا غريبا فاذا ظهر في باطن القم تأكل خفيف وفي الظاهر نكتة اى كدم بنفسجي لزم استعمال واسطة قوية بان يكوى الجزء المركزي من الورم اما بزبد الانتيون التي تدخل في عمق شق صليبي يفعل من خارج الخد واما برز حديد حتى حتى ابيض وهو الاحسن فيوضع من غير خوف على الجزء المتغتفر وهذه الكيفية الاخيرة فضلها بارون وهي المستعملة عنده لا غريوي ينبغي المبادرة اليها ما امكن لانه اذا انتظر تقدم الداء لاجل ان يتحقق لزم ان يفسد سعة عظيمة من الخد وذلك يعرض الطفل لان يحصل في وجهه اثره مشوهة المنظر ويصح مع ذلك غسل القم بالماء المعسل او بماء الشعير

المحمض فاذا انفصلت الخشكر يشة اوتلفت بالكي كان لا بأس بالانجاء الى
الغسلات والضمادات المرخية ليتلطف سير الالتهاب الاصلى وتحقق شدته
واما المعالجة العامة فالاهتمام بها قليل لان فعلها بطيء غير اكيد فليست
بانفع من الكاويات الموضوعه مباشرة على مجلس الداء الذى سيره وتقدمه
مهول جدا ومع ذلك يصح ان تحفظ قوى الطفل بمخلوط اجزاء متساوية من اللبن
والمرقة او يسقى بعض ملاعق صغيرة من نبيذ ملجة في النهار وينبغى الاحتراس
من استعمال المنبهات من الباطن مع ملاحظة انه مع الضعف الظاهر
للشخص قد تكون القناة الهضمية مجلسا تهيج والتهاب بحيث ان الادوية
المنبهة تزيد فيه ومع ذلك اذا لم يكن في البطن ألم وكان هناك امساك كان لا بأس
باستعمال الزيت الحلو او الحنق التى تعمل من محلول كبريتات الصودا ومن زيت
الزيتون او زيت الخروع فانها بزيادة ثباتها في الاغراض المعوى يحصل منها تحويل
في جزء القناة الهضمية المقابل للجزء المشغول بالداء وينبغى ان يختار الزيت
الحلو وكبريتات الصودا فالاول يؤخذ من الفم في ماء محلى بالسكر والثانى
يستعمل حقنا

الفصل الرابع

في امراض الاجزاء المحوية في الفم

وفيه خمسة مباحث

المبحث الاول

في الالتهاب اللسانى

الالتهاب اللسانى اى التهاب المنسوج اللحمى للسان قال بليسا ما شاهدته
في الاطفال الرضع وقد تكلمنا على الاكدام التى تشاهد في هذا السن في منسوج
هذا العضو ولا ينبغى ان تشبه بانماز الالتهاب ولا تعتبر من الاحوال المرضية
صلابة اللسان التى تشاهد في معظم رعم الاطفال فان هذه الصلابة تنشأ من
التيسس الرمى او من اتقباض تشبجى يدخل فيه عضلات هذا العضو قرب
الموت واما التهاب الغشاء المخاطى الذى يغشى اللسان فان شرحه يدخل

في شرح

في شرح التهاب الفم فاطن انه بموجب ذلك يستغنى عن شرحه في فصل
مخصوص واما التهابه في سن اعلى من ذلك فكالتهابه في الكبار البالغين

المبحث الثاني

في التسنين وامراضه

من المعلوم ان معنى تسنين تدفيع الاسنان هدامعناه في الطب العملي واما
التكون الاول للاسنان ونموها ثانيا الى ظمورها فمذاشي آخر ثم ان التسنين
ينقسم الى تسنين اول وثاني فالاول هو الذي يحتاج لاقتناء اطباء بسبب
الظواهر المرضية التي تحدث منه كثيرا واما الثاني فظواهره قليلة
وقد اعتنى المؤلفون كثيرا بالظواهر المرضية التي تنسب لظهور الاسنان
الاول وعادتهم ان ينسبوا للمركبات العنيفة التي يظهر ان الطبيعة تفعلها
في خروج الاسنان والغالب انهم يبحثون عن سبب تلك العوارض المصيبة
للاطفال حينئذ في اللثة وفي العمل التهابي الذي يحصل فيها وفيما يظهر
حينئذ من الاصكلاك والاحتقان والالم قال بليارواظن ان هدامبالغة
في التخصيص ومن القلط اختياره عموما وهاتين متعرضون لاثبات سبب
آخر لهذه العوارض غير ذلك لنذهب منه ونعالج بانتظام ونجراح الاطفال
المصابين بالاعراض التي تنسب للتسنين المتأخر او التسنين المؤلم او التسنين
العسر فلاجل توضيح مذهبننا واثباته يلزم ان نبعث بمبحثا شريحا وصحيا
على ما يحصل في جرائم الاسنان وفي الاسنان نفسها من ابتداء تسنينها الاول
الى ظهورها خارج اللثة ثم نبعث عن الظواهر المرضية للتسنين فنقول
اعلم انه يوجد بين نمو الاجربة السنية ونمو عظم الفك الحامل لها نسب عظيمة
الاعتبار فالجنين الذي عمره ثلاثة اشهر تكون الحفاضة السفحية للفكين فيه قائمة
من ميزاب وحيد ضيق في جرفته المتوسط وواسع في جانبيه المحاذين للاقسام
الضرسية وذلك الميزاب يحتوي على كتلة من الاجربة غير متداخلة في بعضها
لكنها مجمعة في محل ضيق بحيث يظهر انها كتلة واحدة متضاعفة ثم من
الشهر الرابع الى الخامس تتكون تلك القصوص التي هي الاجربة السنية

أكثر تميزا عن بعضها فبدل ان تترام على بعضهما يتكون منها هيئة عنقود
مستطيل مركب في العادة من ثمانية اجزء متميزة وكلها متجاورة بحيث يمكن
رفعها كلها من ميزاب عظم الفك واذ الميراع في فصلها وتشرىحها زيادة
الاتناء ربما ازيل معها ايضا الشريان السنى والعصب السنى اللذان هما
كالاغناق لها فاذا بحث جيتئذ في التجويف السنخى العام شوهد انه يوجد على
جداريه الجانبين تتواتر صغيرة عمودية تحاذى الشقوق الخفيفة الفاصلة
للأجربة التي لا يشك في التصاقها ومجاورتها فانه يمكن رفعها كلها ولا يتأني
فصلها عن بعضها الا بالانلاف التصاقاتها وكلما قرب الطفل لزمان الولادة كان
ظهور الحواجز السنخية فيما بينها أكثر ثم ان هذه التتواتر التي ذكرناها تجتمع
بعضها وتنضم وتختلط فتتكون منها بقدر ذلك جملة اقواس اى حواجز
مستعرضة خلاياها المتوسطة بينها هى الاسناخ ومما ينبغى التنبيه عليه هو
ان جميع الاجربة السفية في الاصل كان شكلها قريبا للكرية اما عند تكون
الاسناخ فانه يزول اتصالها ببعضها لان الصفائح العظمية المذكورة اعنى
الحواجز تفصلها الى اجربة صغيرة منفصلة عن بعضها تتعلق بعمق الميزاب
الفكى بواسطة خيط عصبي وفرع شريانى وكل من تلك الاجربة يتشكل بشكل
الجزء اى السنخ الحاوى له ويكابد التأثير الذى يطبعه فيه

وفي زمن الولادة يوجد غالباً في عظمى الفك ولا سيما السفلى خمسة حواجز متميزة
فالاولان منها مفرطحان من الجانبين وهما معدان لقبول القاطعين الاولين
والثالث اضيق منهما ويكون غالباً منحرفاً من الاسفل الى الاعلى ومن
الخلف الى الامام ويوجد محصوراً بين الاولين والرابع الذى يسكن فيه الثناب
والخامس منها اعرض واكثر استدارة وهو سنخ الضرس الاول وحاجز هذا
السنخ اى المقابل للحاجز الذى يفصله عن الثناب يوجد في الزمن المذكور اى
زمن الولادة في وسط المسافة المحصورة بين ارتفاع الفك السفلى والتتواتر المتقارب
اى الشبيه بمنقار الغراب بحيث ان التجويف الخامس السنخى في المولودين
جديد يعتمد من ذلك الجزء المتوسط الى ما بعد هذا التتواتر اعنى في معظم نصف

المسافة المحصورة بين اثنتي المنقاري وارتفاع الفك وذلك التجويف الخامس هو الباقي من الميزاب السني الذي شوهد في مركزه سابقا الاصول الحارجية التي قسمته الى قسمين لاجل الضر من الثاني والثالث ويشاهد ان الشريان والعصب السفين يسبحان في عمق الاسناخ الجديدة التكون الغير التام ويتجهبان خصوصا نحو الجزء الباطن للقم ويجهزان فريعات صغيرة بطرائيم الاسنان وما قلناه في تكون الاسناخ السنية يشاهد بالاكثر في الفك السفلي ويحصل مثل ذلك ايضا في الفك العلوي غير ان ميزابه السني من حيث انه اكثر ضيقا واقل طول لا تتكون اسناخه بكيفية اقل انتظاما وتميزا وان كان السير واحدا كما في السفلي ويحصل مثل ذلك في نعظم الفكين ولنبحث هلى ما يحصل في الجراثيم المحوية فیهما

فكل جراب كما قلنا يوجد منعزلا في سنفه ويمكن حيثئذ تمييز الجراثيم المتركة منها تميزا واضحا وان كان هنالك بعض عمر في مشاهدة ذلك فعند ما يكون الميزاب وحيدا يوجد مغشى من الباطن بغشاء رقيق جدا يلتصق مع ذلك ايضا بالكتلة الجرابية وكلما حصلت الانفصالات السفجية انقسم ذلك الغشاء نفسه ايضا ويتكون منه حالة صكونه ملتصقا بالوجه الباطن للاسناخ ما يسمى بالسحماق السفجي ثم ان الجراب اى الجرثوم مركب من غشاءين يعسر مشاهدتهما يقينا لكن شاهدهما وشرحهما هتير ويشا ومكيل وغيرهم فقد قال مكيل يوجد بين هذين الغشاءين سائل فاصل لهما عن بعضهما ويريد قدره كلما كان الطفل اقل تقدما في السن ويقبلان اوعية يسهل ان تشاهد في بعض الاحوال فريعاتها في ظاهرا الجراب قال بليار قد وضع مكيل جيدها هذين الغشاءين ويسرى تحقيق ذلك باهمل وجهه على الجثث وعبارته الوريقة الظاهرة اكثر استرخاء ولينا واسفجية من الباطنة وتشاهد مع غاية التمييز منصلة بالثة ولذلك يسهل في الطفل وسما في الازمنة الاول من الحمل ان يفصل من الاسناخ الجهاز السقي كله المتعلق بالثة واما الوريقة الباطنة فهي امتن ولكن ارق من الظاهرة وربما ثبت انه يتكون منها كيس مستقل متميز عن

الظاهرة واللثة ومجاورتها بالاسنان اقوى من الوريقة الظاهرة لانها
هي العضو المكون لها حقيقة والعروق السنية تتشرف بها انتشارا واضحا
واذا صح الحقن ظهرت جراثيم انتهى

وهذا الكيس المزدوج لا يحتوى في الاصل الاعلى سائل مجر او مصفر ثم تنمو
في مركزه نقطة تأخذ في زيادة القوام شيئا فشيئا وتكون كقيل محاطة نفسها
بغشاء رقيق ويقوم منها جرنومة الاسنان وكلما زاد تميز الجراب واخذ السخ
في الاحتواء عليه زاد نظم ورا الجر نومة نفسها وتوافق مع الخزانة الحاوية لها
وتبتدأ في ان تكسب شكل السن الذي يخلقها ثم نحو الشهر الخامس تقريبا
يظهر في الجزء العلوى من جرنومة الاسنان القواطع تقطعان او ثلاث يابسة
مجر موضوعة على الجانب غالباً بل دائماً وهذه النقط لم تلبث قليلا حتى
تضم ويتكون منها شبه قعر مزدوج يوجد في الاسنان القواطع احيانا
انارها في الازمنة الاول من خروجها ثم فيما بعد تظهر نقطة مثلها في قعر
جراب الناب وجملة تقط على جراب الضرس الاول

ثم ان هذه النقط الاصلية التيسية يتبعها سريرا قشور صغيرة وحيدة لاجل
الاسنان القواطع والانياب ومتضاعفة متميزة عن بعضها لاجل الضرس
الاول وتلك القشور يكون اول اقوامها عظمية فتكسو اللب محيطه به شيئا
فشيئا كما عظمت وتلتصق به التصاقا متينا فمن الواضح انها ناتجة من نوع افراز
يحصل على سطح الجر نومة السنية ثم ياخذ هذا التعظم في التقدم من الاعلى
الى الاسفل فاذا اكتسب الشكل الذي يحصل فيما بعد لا كليل السن حصل فيه
انحناء او عنق مستدير يستطيل من اسفله ليتكون منه الجذر فقد ظهر لنا
الى الان ان التعظم يحصل على الوجه الظاهر للجر نومة فيكون حصوله من
الباطن الى الخارج بحيث ان هذه القطنسوة العظمية تحتوى في تجويفها
على اللب اى الجر نومة وتوجد محاطة بالغشاء المزدوج الذى يقوم منه جدار
الجراب السنى والوريقة الباطنة من هذا الغشاء المزدوج الموضوع مباشرة
على نقطة تعظم السن تفرز على رأى معظم المشرحين الطلاء العاجى للسن

قال بليار فظواهرات تعظم الفك وظواهرات نمو الاسنان تحصل مع بعضها مدة اقامة الجنين في رحم امه فيظهر لي ان هيئة الاسنان واشكالها وتقدماتها في هذا الزمن مطيعة لنمو العظام الفكية والتغيرات التي تعرض في الميزاب السفية وتلك الدعوى مستندة على امر واقعي معروف وهو ان الاسناخ مكونة تكوينا متميزا في الفك السفلي اكثر منه في الفك العلوي وايضا انما نمو الاسنان الاول بالاكثر على الفك السفلي وتظهر خارجه من اللثة في زمن التسنين الاول

فعلنا الان ان الاسنان لم يحتاج الى انفصالها عن بعضها ووجودها منعزلة ونمو الاسناخ هو الذي وضعها في الاحوال المناسبة لها في ذلك ولنشرع الان في معرفة كيفية خروجها من الفك وثبها للثة وبروزها في الفم فنقول عندنا في التسنين نوعان من الآراء فذهب سيرا الى ان هناك قوة خارجية كدقة السفينة تجذب السن وتوصله حتى يخرج من اللثة وبعض المشرحين جعل السبب نمو الاسنان قال بليار لم اعرف معنى ما ذكره سيرا ولا وظائف هذه الدقة المذكورة وانما عندى يقين ان خروج الاسنان ناشئ من نموها ونمو عظم الفك معا فاذا كان يكون ظاهرة ميضائية من العبث التفتيش عليها ببيانات عقلية مع ان المشاهدة التشريحية الخالصة البسيطة تبين اننا اثباتا ظاهرا

وذلك ان الجراثيم السفية في وقت الولادة يوجد فيها قط تعظم وكلها ماعدا الناب تقرب لان تكون موضوعة على خط واحد ولا يجاوز الحافة العظمية للميزاب السنى والطرف السفلى للجرونة لم يحصل فيه تعظم الى الان بل بقي رخوا شفافا ويظهر كأن القنسوة العظمية ممسوكة في الجزء العلوى من الميزاب بالتصاقها برآدة من السمحاق السفى الذى يغشى الحافة السفلى من اللثة وتلك اللثة التى منسوجها من صلب جامد كأنه غضروف يوجد فيها في المحل الذى يكون فيما بعد مشغولا بالاسنان حافة اى حرف هارس يتم وظائفها من الان قبل خروج الاسنان واحيانا يوجد في هذه الحافة الثوبية

تنوات وانخفاضات مشابهة للأسنان وللانخفاضات الفاصلة لها فقد
شاهدت في مولود هذه التنوات واضحة جدا بحيث تشبه شكل الأسنان
القواطع والاضراس حتى قيل ان مع هذا الطفل اسنانا لحمية
ومسوج اللثة بعد الولادة يقدر قوامه شيئا فشيئا فيصير رخوا ويقرش بيطي
على القوس السفلي بحيث تبدل حافته الهارسة التي توجد في الايام الاول
من الولادة بسطح قليل الانضغاط لا يستدير الا اذا استولى عليه الانتفاخ
الالتهابي فلا يتميز فيه الثقوب المسامية اى القفحات التي ستمر منها الاسنان
فاذا اكتسب عنق السن شكلا ما زاد طول اصله وتعمق في السنخ وكلما تقدم
عظم الفك في التعظم كان كانه يرتفع نحو اصل السن حتى لا يرى بين السن وعمق
خزائنه الامسافة صغيرة مشغولة باللب المدفوع الى الاسفل وجزء منه ساكن
في التجويف السني وسنخا السنين القاطعين لا يكونان على سطح واحد اذا بحث
فيه بعد الولادة بزمن ما وفي الشهر الرابع يكون هذا الفرق محسوسا فعظم
الفك السفلي يحصل منه في محاذاة الخط المتوسط تقدم سريع في الارتفاع
والعمل ويظهر كانه ارتفع معه القاطع الاول الذي ينغمس شيئا فشيئا في اللثة
في بعد اجزاءها بيطي حتى يسكن فيها ثم في السابع والثامن والتاسع
يظهر القاطعان الاولان الى خارج اللثة والقاطع الثاني يظهر بعد الاول لان
عمق سنخه من حيث انه اخفض بخط او خط ونصف عن سنخ العلوي يحتاج
لانقسام محاذاته ان يجتاز طريقا طولا منه قال بليار وعندي تجارب عيني
اربعة اعظم فكية مقلية من اطفال ما توازن ظهور القواطع الاول ولم تظهر
فيهم القواطع الثواني واذا قيس طول هذه الاسنان القواطع الاربعة وجدت
متعددة تقريبا والفرق بينها يسير وكلها متساوية في درجة التعظم وانما لاجل
ظهور القواطع الاول لان تعظم الفك سبب سرعة ارتفاع السنخ بحيث صار
الفرق عن محاذاته اندامها خط ويمكن ان يقال لاجل التقابل ان عمق
هذين السفين اى سنخ القاطع الاول والثاني يوجد فيهما مثل هذا الفرق
والايناب لا تظهر بعد ذلك حالا لانها من حيث انها منغرسه اعماق من غيرها

وتوجد منبذجة وموضوعة بانحراف في اسناخها الضيقة للضغط تحت
لكبر القوس السني قليلا واتمام نعظم الفك حتى يتجدد في عمق اسناخها الضيقة
نقطة الارتكاز اللازمة لتقدمها من الاسفل الى الاعلى فاذا كانت الاضراس
الاولى هي التي يتعجل ابتداء نعظمها وهي في الغالب اكثر سطحية من الاثنياب
ولذلك تظهر قبلها فتتبع القواطع الثواني وبعد ذلك اثنيابها ليمت بها عود
الاسنان التي يتسلخ بها الفك في السنة الاولى من حياة الطفل والغالب ان
التسنين يتبدأ من الشهر السابع الى سنة ووراء ذلك اختلافات كثيرة
فتخرج من هذه الاعتبارات البنية على اتقان المشاهدات اولان الانسان ناتجة
من الافراز كما ثبت ذلك من مدة طويلة العالم الشهير كوفيير وثانيا ان نموها
يتبع بالاتظام تقدمات نعظم الفك وثالثا ان ظهورها الى خارج اللثة ينبج
من جهة من نموها ومن جهة اخرى من زيادة نعظم وكبر الاسناخ والقوس
السنى ورابعا ان سبب الظهور المتتابع للسن الاول القاطع ثم الثاني
ثم الضرس الاول ثم الناب يكون بالكلية ميخانيا وهو اختلاف سرعة تكون
الاسناخ المخصوص كل منها بسن مخصوص وحالة تعمقها الذي يحسبه تدغم
هذه الاسنان في عظم الفك هذا هو رأينا في نمو الانسان فعلى مقتضى ما ذكر
لاحتياج للفرض الذي فرضه الطبيب سيواي وجود قوة خارجة تهدي السن
للخروج على ان هذا الطبيب قال ايضا ان تحقيق وجود ذلك صعب في التسنين
الاول وسهل جدا في التسنين الثاني وذكر سيران الاجربة اى الجرائم التي
في سلك اللثة معدة لتندية الاجزاء التي يلزم ان يتقدمها السن واما مكمل
فاعتبرها تكونا جديدا مرضا من التيج الذي تسببه الاسنان المهينة للخروج
ويقرب للعقل ان طبيعتها لا تختلف عن طبيعة الخراجات قال بليار والظاهر
عندي ان هذه الاجربة التي هي نقط من سائل مصفر فيه بعض تجمد تتكون
بالكيفية الآتية وذلك ان السائل الذي لم يرل باقيا في اصل السن وليس هو
الابنية السائل الذي يحتوي عليه الكيس السني قبل التعظم يندفع في مدة نمو
السن وضغطه من جميع الجهات على الاجزاء الرخوة والسائلة المحتوى عليها

السخن ويأتى حتى يسكن اما على الاجزاء الجانبية او في قمة السن ففي الطواحين
التي يوجد في اكليلها تنوات وانخفاضات يجيء هذا السائل عادة ويسكن
في هذه التقاعير على شكل نقط صغيرة مستديرة بدون انتظام وفيها بعض
سائلية فاذا قلعت اللثة من جثة طفل عمره من تسعة اشهر الى سنة شوهدت
احيانا هذه الاجسام الصغيرة المصفرة وكثيرا ما يشاهد مع ذلك في الاجزاء
الجانبية للسرخ منبع كمية قليلة من سائل لزج يظهر انه خرج من التزق الذي
حصل في الكيس المحتوى على جرومة السن بحيث يقرب للعقل ان الكتل
الصغيرة ذوات المنظر الجرابي التي ذكرها سير ليست اجربة ولا خراجات وانما
هي نتيجة انصباب من السائل الكثير المحوى في اغشية الجرومة مع ان هذا
السائل المنصب قد يعين ايضا على تدبئة الاجزاء الرخوة المحيطة بالسن فكانه
يتم الوظيفة التي ذكرها سير لهذه الاجربة التي زعم وجودها

وبمقتضى ما اعتبرناه في نمو الاسنان كما قلنا من المناسبة بينها وبين تقدم تعظم
الفكين وتكون الاسناخ يمكن ان توضع جميع ظاهرات ظهور الاسنان بدون
ان يحتاج لاقتراضات ولا بيانات ثم في هذا المبحث مقالتان

المقالة الاولى

في الظاهرات الاعتيادية للتسنين

وفيها مطلبان

المطلب الاول

في الظاهرات الاعتيادية للتسنين الاول

التسنين من حيث انه وظيفة اعتيادية طبيعية يمكن ان يحصل بدون حصول
عوارض اصلا ما عدا زيادة افراز اللعاب وربما يحصل للطفل تكدر في الصلابة
اصلا والظاهرات التي يغلب حصولها للتسنين الاول بتبدأ من وسط السنة
او فوق ذلك الى نهايتها غالبا وقد لا تبدأ الا فيما بعد ذلك فيشاهد ان الحافة
السخية للثة تسمك وتنقسم الى حداثات تختلف في البروز والطفل عند ذلك
يفقد نومه ويضطرب ويتشكى ويتألم لكونه يذهب باصابعه الى فمه ويكثر منه

سيلان

سيلان اللعاب ويعض على الاجسام التي تقدم له وينشئ غليظه اذا حلك باصابعه
 اللثة المنتفخة لكن قد لا يدل هذا على حصول ألم في اللثة اذ كيف يتصور ان كبس
 اللثة الملتصبة على الاصبع التي بعضها يسكن المهامع ان المعهود العكس وايضا
 لوجعلنا الامر المحرض من احتياج الطفل لتخفيف اكلا لثة هو السرعة
 والمبادرة لعرض ما يوضع في فمه لكان اول وهل لا كان احسن من ذلك ان بعد
 هذا ابتداء لممارسة العمل الذي هو وظيفة الفك من حيث انه اكتسب درجة
 جديدة في النمو وعن ما قريب ينمو عليه جهاز المضغ وعلى كل حال قديمة تد
 الاكلان المؤلم الى الاجزاء المجاورة للثة فيشاهدان الطفل كثيرا ما يحك شففيه
 وخياشيمه وزاوية عينيه ويحرك رأسه على الوسادة باهتزاز جانبي متكرر كثيرا
 خصوصا اذا كان المجلس الرئيس للدلم في الفك العلوى وتلك الحالة قد تمكث جملة
 اشابيع بل اشهر ا فان الاندفاع قد لا يكون قربه تابعا لكبر اللثة فكما ان هناك
 اطفالا تظهر اسنانهم حالا بدون ألم يوجد ايضا اطفال تطول مدة هذا الاندفاع
 فيهم مع انه كان يظن قبل حصوله انه قريب الوقوع ويمكن ان يحكم بان هذه
 الغاية لم تزل بعيدة مهما كان حجم الحافة السخية مادام متسلطنا على سطحها
 الخط البارز اى الحافة الحادة التي تكون في الازمنة الاول من حياة الطفل
 فاذا انجحت هذه الحافة اجرت اللثة واسترخت وصارت كثيرة الحساسية
 من اذى لس وكثير التلعب ما لم تكن الحصى شديدة فانها تقطعه ثم بعد ذلك ييسر
 تظهر نقطة تصير مبيضة ثم غلالة تغشى طرف السن ثم تنقب تلك الغلالة
 كما يحصل في التقرح فيخرج منها سن او زاوية من عظم صغير يبرز ويظهر ايضا
 انه محاط بجوية تجاوز محاذاته ثم بعد تمام هذا العمل قديتفق كثيرا ان يحصل بقية
 اندفاع السن بسرعة فيخرج الاكليل كله في يومين او ثلاثة واحيانا يلزم لذلك
 زمن طويل خصوصا اذا كان السن كثير الحروف اى التسوات كالاضراس
 الصكبار لان كل نقطة اى تنو حينئذ ينقب اللثة وحده غالبا ولا يتم الاندفاع
 الا بعد انضمام هذه الفوهات المنعزلة وجميع العوارض السببانية نزول
 او تحف كثيرا بعد الاتقاب الاول

والانتظام الذي يحسبه تخرج الاسنان يختلف كثيرا والغالب هو ما سنده كره
 وذلك ان من الشهر السادس الى ستين ونصف تظهر الاسنان لكن بتخلل
 مختلفة فتظهر اول القاطعان المتوسطان من الفك السفلي لكن بتخلل بينهما
 اسبوعان او ثلاثة ثم القاطعان العلويان المحاذيان لهما بعد الاولين ببعض
 اسابيع ثم القاطعان الجانبيين من الفك السفلي ويتبعهما مقابلاهما من الفك
 العلوي ويصح ان يميز التسنين الاول الى زمنين احدهما للاسنان الاول الثمانية
 والثاني للانياب والاضراس وبين هذين الزمنين عادة سكون يختلف طوله ثم من
 الشهر الخامس عشر تقريبا تخرج الانياب الاربعة ويبتدأ منها ما في الفك
 السفلي واحيانا تخرج الاربعة الاول من الاضراس الصغيرة قبل الانياب بل
 جزم سير ان اندفاع الانياب يكون دائما بعد الاضراس الصغيرة ببعض اشهر
 ويقال تبع البقرط ان خروج الانياب اكثر ايلاما وخطرا للاطفال من غيرها
 من الاسنان وخروج الاربعة الاواخر من الطواحين الصغيرة يحصل في الشهر
 الثامن عشر او التاسع عشر الى اربع وعشرين او ثمان وعشرين وهذه الاسنان
 العشر وتسمى اسنان اللبن وقد يكون انتظامها في الخروج غير ذلك فقد تخرج
 الاضراس اول او قد تخرج الاسنان كلها معا وكلما كثر عدد الخارج كان الخوف
 من اعراضه اكثر وبالجملة فاول ما يخرج القاطعان المتوسطان ثم الجانبيين
 ثم الطواحين الاول ثم الانياب ثم الطواحين الثواني واسنان الفك السفلي تسبق
 في الظهور غالباً اسنان الفك العلوي ويراد على هذه العشرين سننا نحو السنة
 الخامسة الاربعة الاول من الطواحين الكبيرة فكانها تشغل المسافة
 المتوسطة بين التسنين الاول والثاني لانها تبقى كالاسنان التي تتبعها ولا تقطع

المطلب الثاني

في الظاهرات الاعتيادية للتسنين الثاني

انما تحرك الاسنان القواطع في السنة السابعة غالباً وتتصل او تقطع من ادنى
 فعل ويعقبها الاسنان اعرض واغوى منها وخصوصاً من الاعلى فتجديد
 الاسنان العشرين للتسنين الاول يحصل كحصوله في اندفاعها لكن ببطئ

وعدم انتظام ولا يظهر السن الطاحوني الغليظ الا بعد هذا التجديد اعني نحو
السنة الحادية عشر والثانية عشر لان مدة تجديد الاسنان العشرين يكون
من خمس سنين الى ست واما السن الثالث الطاحوني فلا يظهر غالباً الا في سن
احدى وعشرين او اثنين وعشرين ولذلك يسمى بضر من العقل وقد يتأخر
ظهوره عن ذلك ايضا بل لا يندر عدم ظموره رأساً والاعراض التي ذكرناها
في التسنين الاول لا توجد في هذا التجديد الثاني والاسنان الجديدة تظهر
بعد سقوط الاسنان الاول حالاً ويحصل نظير ذلك لكن بدرجة زائدة الضعف
في الغالب عند اندفاع النواجذ اى الاسنان الغليظة فيحصل انتفاخ واحمرار
في اللثة في المحل الذي يلزم ان تنقبه تلك الاضراس فتصير حركات الفك عسرة
مؤلمة وتحتقن النكتتان ويكثر افراز اللعاب ولكن هذه الاعراض كلها اقل
خطراً من اعراض التسنين الاول

المقالة الثانية

في الظواهر المرضية للتسنين

وفيهما مطلبان

المطلب الاول

في الظواهر المرضية للتسنين الاول

لا شك انهم قديما لقون احيانا في تأخير التسنين على صحة الاطفال الصغار
في السن ومنهم من شذجا وجعل هذه الوظيفة الشاقة عديمة الضرر بالكلية
ونحن نجزم بانها سبب محدث وحالة يحكم منها بمرض لازم الحصول غير انها انما
تؤثر كسبب ذاتي او تابعي او تضاعف مغم يستدعي اتقبله الاطباء والتكدر الذي
ينتج منه قد يحصل في جميع الجسم او اقله في جميع سعة المجاميع الرئيسية التي
تنتشر في جميع اعضاء التغذية والحياة وهي العروق والاعصاب وقد تقصر
نتائج على جهاز او عضو وعلى هذا الاعتبار نسلك الانتظام الذي سنتبعه
في ذكر المتعبات التي قد يسببها التسنين الاول ثم ان تلك الاعراض اما موضعية
او عناية اى اشتراكية فالاولى هي التي تظهر في الفم والاجزاء المحيطة به

والثانية هي التي تصيب اجزاء بعيدة عن ذلك بل تصيب الجسم كله وتلك الاعراض وان كانت تأتي في اماكنها الا ان من اللازم ذكرها هنا مختصرة ليقف الطالب بمجرد النظر في مجتئ التسنين على ما يحصل منه في البنية حتى يسادر بعلاجه حالا

فاولا الحى المستدامة اى المطبقة ويسهل معرفتها بالحرارة المحرقة وجفاف الجلد واحمرار الفم وحرارته وانقطاع اللعب وضعف القوى والسبات وقوة النبض وسرعته وهذه الحى من لوازم التسنين الاول الشاق غالباً الا انها خفيفة قصيرة المدة واذا كان الطفل مفلطوما يكون عدم الشهية عرضاً لازماً والعطش يوجد غالباً وينسب للعمى ايضا ملازمة البول الحريف والغائط السائل كما ينسب لها ايضا الاندفاعات الجلدية الغير الاعتيادية والصفائح الحمرة والاريتما الحلية كالاستروفولوس الذى يسمى بنار الاطفال ويشاهد بالاكتر على الاليتين واعضاء التناسل والفخذين وهذه الحى في الاحوال النقلة تكتسب صفات الحيات النزلية المغمة للبالغين فيشاهد حينئذ ظهور اعراض تخرج في جميع الاغشية المخاطية كلها ~~الكن~~ لا يكون بدرجة واحدة في الجميع وقد يشاهد ايضا عروض انحراف في الجسم كاهتزاز الاوتار والحركات التشنجية والسبات العميق ونحو ذلك وعدم الحركة ثم الموت

وتلك الظواهرات الموهولة سواء الموضعية والعامة بل والسماوية الخاصة تقطع غالباً في لحظة واحدة وان كانت في اعلى درجة من الشدة متى خرجت الاسنان من اللثة الماسكة لها في عمق السنخ ولذلك كانت معالجتها بسيطة واصول العلاج هي استعمال ما يرعى اللثة وبرطبها ويلطفها وذلك بالمرخيات واللعايبات ومضادات الالتهاب وتبعيد ملازمة الاجسام اليابسة الخشنة وجرح اللثة بالشق اذا حصل منها زيادة مقاومة وهذه العملية الصغيرة وان نجحت كثيراً مع دوجيس الا انها قد لا تنجح قال قد اتفق لى مرتين انى رأيت السن برز في اليوم التالى لعملية وكانت تلك العملية قائمة من شق صليبي فحسنت الحالة المرضية بذلك غير ان الدواء انقطع لحظة ثم عاد ودام على سبيله

وتقدمه

وتقدمه حتى انتهى انتهى محزننا وقد شاهدت ايضا شفا فعل قبل اوانه ثم لنسد بدون منفعة للطفل فيمكن ان يقال كما قال جرسان ان الاسنان اذا تعرت بمثل تلك العملية يكون اندفاعها الباطن من غيرها ويظهر ايضا ان هذه العملية تعين على ظهور تسوس الاسنان اما من مسها بسن الاكلة او من كشفها للهواء قبل تمام نضج طلائها اذا صح ان يقال مثل تلك العبارة فاذا لا ينبغي الجزم على الاطلاق بفعل هذه العملية وانما يلزم قبل الشروع فيها ان يتأكد قرب زمن الاندفاع بالعلامات التي ذكرناها قريبا ولزوم تحريره ايضا قال ونزيتن لا ينبغي شق اللثة الا اذا ظهر ارتفاعها بسبب السن الدافع لها امامه وكانت يابسة حمراء كثيرة الايلام لان السن اذا كان موضوعا في العمق لم يبرز من الشق حالا فيلتحم ذلك الشق وذلك الالتصام يكون اصلب من المنسوج الخاص باللثة فيحصل منه فيما بعد مقاومة عظيمة ولا يحصل من ذلك شرف للطبيب الفاعل ذلك ولقد رأيت من ذلك حالة لم يخرج السن فيها الا بعد الشق بنمانية اشهر ويلزم ان يخاف من تحول شق اللثة لاجل اخراج السن الى قرحة توجد فيها صفة التقرح القلاعي او الغنغري فينتج من ذلك التهاب في عسر الشفاء او كثير الايلام انتهى

واوصى بعضهم بان يوضع في فم الطفل المرخيات والعايات لتسكين التهييج وذكر في المستحضرات مخلوطا من زبدة اللبن وبياض البيض وشراب البنفسج ويصح تصيير هذا المخلوط اكثر سائلة بان يمد بكمية من ماء الورد وتوضع هذه المضمضة في الفم بقلم رسم من ثقيل وهذه جيدة في علاج التهاب اللثوى الحاد ويصح ان تستعمل مع النجاح جدور الخطمية المبتلة من الشراب والسكر فتعطى للطفل ليضمغها ومثل ذلك ايضا عرق السوس او قشقة خبز او غير ذلك من الاجسام القليلة القوام فان ذلك يكفي اذا كان هنالك احمرار وانتفاخ في اللثة فاذا كان معه احتقان في الرأس يخاف من نتائجه قال ونزيتن يلزم ان يوضع كما قال بعضهم علكة خلف كل زاوية من الفك مع مراعاة حالة التهييج الشديد في الفم ويمنع عن الطفل المشروبات والاعذية الحارة

جدوا يلزم ان تغذى مرضعته باغذية لطيفة وتستعمل مشروبات مرخية ولا تستعمل زمن التسنين نبيذ او لاساتلات روحية واما استعمال الاجسام الصلبة ووضعها بين الاسنان لاجل المضغ فلم يمنع وزيتن لكن ذكر غرديان انه قليل المعقولة وان ذكر بعضهم انها تشغل الطفل عن الم اللثة وتساعد الطبيعة التي تجعل عند الطفل شهية كونه يحمل الى فيه جميع ما قدم له لكن ذلك كله غير مقبول ومعارض بما لا حاجة للاطالة به ولا ينبغي ايضا اهمال الوسائط العامة مع ان الاقتصاد اى الامتناع من الاغذية الصلبة وسيما الجواهر الحيوانية يكون في الغالب قهرا بسبب عدم شهية الطفل وتغير طعمه من جميع الجواهر غير السائلة بل ومن هذه اذا لم يكن من الخزم تعاطى الطفل لهم او يعطى له اللبن وماء الحبز ومغلي الشعير المقشور وحريرة الارز والخبز والدقيق الممدود بالماء كثيرا بحيث يكون في آن واحد غذاء ومشروب وهذا الاخير يستعمل بالاكثري الاقاليم الحارة والقصور المحرقة والاستقبامات الفاترة والكبادات العامة والمرخيات نافعة جدا وتكون لازمة الاستعمال اذا كانت الاعراض شديدة بل كثيرا ما يلزم ايضا منع الاغذية والاقتصار على مغلي زهر الخبازا وورق الخس وحشيشة الزجاج الحضر آء ونحو ذلك واما الحقن البسيطة او المرخية بل والمسهلة فلا ينبغي اهمالها الا اذا كان البطن مطلقا جدا لان اطلاق البطن حالة نافعة في مثل تلك الحالة بل يلزم الاجتهاد في ازالة ذلك بدهن اللوز الحلو وشراب الورد الكالح وشبه ذلك اذا لم تكف الحقن واما الحراريق التي استعملها هنا كثير من الاطباء فلا تناسب الا اذا كان انقطاع القوى واضحا فاقبل ما يكون حينئذ انها اذا كانت غير قوية الفعل لا تكون مضرة كما اذا استعملت في دور اقل تقدما ويقال مثل ذلك في المقويات والمذهبات كستحضرات الكينا ونحوها من الباطن واما الازرق الخردلية فقليلة الخطر وتناسب كحمايات القدم المهيجة في الازمنة الاقل تأخر اذا كان هناك ميل للانفخام وعدم الانتظام فاذا كان السبات العميق واضحا كما يشاهد كثيرا في الاطفال الكبار الرؤس والمهددين والمصابين بالاستسقاء المخي ينبغي

المبادرة بالكدمات المرخية الفاترة او الباردة على الرأس بل وبلاستفرانجات
الدموية ولا تطيل الكلام في تلك الاعراض السببانية لانها ستذكر
في الامراض المسببة لها

وثانياً الحمى الضالة اى الغير الدائمة * فاذا ظهرت العوارض الحمية في اول
الافعال التى يفعلها السن عند الخروج ليقيم بها الموانع كان من النادر
ان تدوم على سيرها وانما قد نشاهد فيها فترات يومية فيها بعض انتظام بحيث
لا تشبه بالحمى المتقطعة الذاتية والغالب ان لا يشاهد هذا النوع المرضى
الا في خروح الطواحين في المساء اى بعد الزوال يعرض للطفل عبوس ثم نوبة
حمى بدون قشعريرة اصلية وتأخذ شدة الحمى في القوة حتى تصل الى حد لطيف
في العادة ويكفى لتوضيح التشخيص احمرار الخدين اوخذ واحد فقط والتلعب
وغير ذلك ويكون ذلك مرض شدا للعلاج الاعراض الرئيسة وتدير الغذاء هنا
يكون لازماً حتى قال دوجيس قد التزمت مرة ان ارد طفلاً مغطو ما من مدة
اسبوع الى ثدى مرضعته ثانياً فبتلك الوسطة استغنى عن جميع الادوية
ولم يتناول الاغذية الصلبة بلذة ومنفعة الا بعد اندفاع الطواحين الثلاثة وبعد
شهرين تقريباً من الحمى الضالة

وثالثاً الانحرام في الوظائف الهضمية * لا تكلم هنا على الانتفاخ والالتهاب
في اللثة فان محلها غير ما هنا ولا تستدعى شيئاً مخصوصاً وقد ذكر في مجمت
القلاع اعراض قد يحدثها التسنين وكذا اعراض اخر تذكر في امراض الاسنان
وانما تكلم هنا على ظاهرات تحصل هنا كثيراً هي القي والاسهال

فالقي لا يكون هناءاً لآثار علامة التهاب معدى وانما اقله انه يدل على زيادة
تنبه شديد في المعدة واذا انجح في بعض الاحوال التي لم يوجد فيها حمى ولا حرارة
في الفم ولا احمرار في اللسان ولا غير ذلك استعمال الجواهر المرة كشراب الكينا
ونحوه لم يكن الامر كذلك في عكسه فالحمية لازمة والاغذية الصلبة لا تهضم
بل اذا اتخذت السائلات ايضا لزم تقليل كميتها وزيادة حلها ويكثر من شربها
لكن قليلاً قليلاً ويعطى ايضاً مشروبات دقيقية ومستحلبة وصغوية ولبنية لكن

تكون قليلة التحمل للجواهر نهاية ما يكون ان تعطر بماء زهر البرتقان والزيتون
وغير ذلك

والاسهال اللطيف يفيد استغفرانا فاعا والعامية تعرف ذلك لكن اذا وصل لدرجة
عالية بحيث صارت الاغذية والمشروبات تمر بدون تغيير من احد طرفي القناة
الهضمية الى الاخر او كانت المواد المندفعة كثيرة زائدة السيولة او خضراء
او مصلية او انضمت لكثرة المواد الخارجة بالاسهال في لم يلبث الطفل قليلا حتى
يضعف وربما مات سريرا اذا لم يوقف هذا التضاعف المم الذي قال دوجيس
في حقه كثيرا ما شاهدته في الاطفال المقطومين اكثر من الرضع واكثر انواع
الاسهال حصولا هو الاسهال المصلي الذي يكون شبيها بالماء المتكدرا قليلا بل قد
تكون مواده صافية بالكلية فذلك هو ما يكون عرضا للتسنين وبطن الطفل فيه
يبقى هابطا مسترخيا غير مؤلم مع كثرة الاسهال وتكراره وربما صاحبه العطش
وهو لا يستدعي غالبا الا قليل ادوية وانما يستدعي كثيرا تسببا لان ايقافه
ربما كان خطرا وذلك لان سير التسنين اذا كان مؤلما يهيج بالاشتراك المخ
او القناة الهضمية في اغلب الاطفال ويحرض تشنجات واسهالات اخر
فاذا لم يؤثر على هذه الاعضاء اثر على غيرها ضرورة ان العضو المتألم يؤثر
في غيره ايضا فاذا اوقف دفعة واحدة الاسهال السحابوي للتسنين خيف من
ان يسدل بتهمج في المخ وامهات الاطفال بالاوريا تعرف ذلك فلا يسعين في قطع
اسهالهم زمن التسنين وانما يقصرن المعالجة على تخفيفه بحيث يبقى متوسط
الحال وذلك يكون بالمشروبات الصمغية والحقن المرخية الافيونية والتدبير
الدقيق اللبني ولا يعالج بقوة بالافصا والحمية القاسية الا اذا اشتد وخيف منه
على الطفل فيعالج حينئذ بالاستحمامات الفاترة والضمادات والكدمات على البطن
وعقطة او علقتين حتى على هذا القسم ويبادر باستعمال ذلك اذا وجد في البطن
زيادة حرارة وحساسية وانتفاخ او كان هناك افراط في الحمى او كان الطفل قويا
اذ يقرب للعقل ان هناك التهابا معديا معويا وان كان فتح الرمة بعد هذه
الاعراض لم يظهر منه احيا نا الا احرا رهم قليل السعة في الغشاء المخاطي

المعدى

المعدى المعوى ثم المشروبات التي سبق ذكرها والحقن باللبن او مخ البيض
المحلول او الدقيق والغرويات واحياتا مع قليل من دياسة ورد يوم عند عدم
وجود حمى او مع مطبوخ رؤس الخشخاش تستعمل على حسب شدة
الاعراض كساعدا وتابعة للوسائط القوية التي ذكرناها

ورابعا تكدرات في المجموع الخى ~~في~~ اول درجة من ذلك هو المهر فاذا لم يكن
هذا العرض نتيجة بعض آفات ثقيلة وانما كان ناشئا عن الالم صغ ان يعالج
مباشرة بماء الخس او عصارة بكمية بعض قمعات وبشراب الخشخاش البرى
في الاقاليم الباردة والمعتدلة جدا ومطبوخ خفيف من رؤس الخشخاش محلى
تخلية مناسبة ويعطى من ذلك ملعقة ملعقة من الملاعق الصغيرة حتى ينام
في كل ليلة سبع ساعات او ثمان

وكثيرا ما يحصل عن التسنين العسر الاكلسيا التي اعراضها عبارة عن نوبة من
الصرع وتسمى عند العامة بالقرينة وهي غير التشنجات والاهتزازات التشنجية
والاضطراب المسبب عن الالم وتستدعى تلك الاكلسيا علاجها المذكور
في بابها وان ندر اهلاكها ونحل جميع ما يتعلق بهذا الدآمن تشخيص واعراض
وانذار وعلاج على مجتهه وانما نقول هنا ما ذكره دو جيس من انه شاهد
صيرورتها مهلكة وانه نتج عنها التالنج ونشأ عنها فيضان دم او مصل في باطن
المخ صار بورة لتجدد النسبات وانتهى ذلك بعد زمن طويل بسكتة مهلكة فلذلك
لا ينبغي قصر العلاج هنا على مضادات التشنج فان مسحوق جوتيت السبى
بالمسحوق المضاد للصرع والزيت الحيوانى لذييل واوكسيد الحارصينى
والجند بادستر والواريانا والكا فور جميع ذلك ينفع في الاطفال العصبيين
اذا كانت النوب قصيرة ضعيفة ولم يكن هنالك علامة احتقان دموى ظاهر
في الرأس ~~لا~~ لا يقع ذلك اذا دل احمرار الوجه والعرق واتساع الحدقة
والسبات العميق على افعال شديدة في المخ وكانت النوب تدوم ساعة فاكثر
فوضع العلق خلف الاذنين او على الصدغين هنا تقع الحقن المذهلة والحمامات
القدمية المهيجة والزرق الخردلية والحراريق لا تناسب الا اذا بقى السبات

العميق بعد النبوة وبعد تأثير الاستفرغات الدموية ومن التوابع التساقطة
حيثئذ مضادات التشنج الخفيفة كشراب الفلينا اى عود الصليب وماء
النعناع والمليسا والزيتون ونحو ذلك وقد اوصوا ايضا بالحرار يقي خلف الاذن
للاطفال الذين هم موضوع لبعض اندفاعات قوياوية في هذا القسم

وخامسا تذكرات في اعضاء التنفس * لاشك انه قد يحصل سعال اما تشنجي
او نزلي يتعب دأ فمابعض الاطفال في الايام الثلاثة او الاربعة التي تسبق اندفاع
السن ويكون هذا السعال جافا قصيرا او يتكرر بفترات منعزلة او لمخحات قصيرة
المدة ولا يـكون نوبا طويلة وقد يكون قويا بحيث يكثر النوم وكثيرا
ما يستعصى على الادوية الصدرية والعلابية والمستحلبات وان كانت تحفقه
احيانا غير انه يزول بالكلية متى زال السبب المحدث له ويقال انه نيل النجاس
في مثل تلك الحالة بوضع دهان افيوني على الذراعين والعنق والصدر وقد يصعب
السعال الترنلي بعض علامات تدل على استعداد لبدء المسمى كروب فجئئذ يلزم
وضع العلق على العنق فانه قوى الفعل في ذلك

وسادسا شوهدا كثيرا وسيما في بلادنا لاجل التسنين ظهور رمد اما في العين
المخاضية بلحمة السن النابت او في العينين معا خصوصا في اسنان الفك الاعلى
وذكروا ان هذا الرمد يكون شديدا في اندفاع الناب وهذا صحيح لان الظاهر
ان الناب يحصل منه هوارض اكثر من غيره من الاسنان كما سبق ذلك عن
بقراط ويقرب للعقل ان ذلك بسبب مسبوقيه بالقواطع والطواحين ووضعه
بينهما فكل ناب يكابد من تلك الاسنان مقاومة ناشئة من مقارباتها السابقة
وهذا الرمد لا يستدعي شيا مخصوصا فانه يذهب بعد زمن يسير متى نفذت اجزاء
السن من اللثة

المطلب الثاني

في الظاهرات المرضية للتسنين الثاني

من المعلوم ان السن الذي يتدأ فيه تجديد الاسنان الاول يـكون كجبران
للاطفال حكما الدور العظيم للتمتع بعد الولادة يتقسم الى ثلاثة اجزاء متباوية

فللتسنين

فللتسنين الثماني ينتهى الاول والبلوغ ينتهى الثانى والرجولية ينتهى الثماني
وكل من تلك الازمنة يعرض له آفات وتغيرات طبيعية فى البنية وفى الاخلاق
الادائية لكن التغيرات الطبيعية او المرضية التى يوصلها للبنية سن سبع سنين
لا تناسب لهذا التسنين فلان ذكرهنا الاحياء التى يسمونها حيات النمو
والاندفاعات وبعض الالتهابات فى الاغشية المخاطية والعقد الليفية ونحو
ذلك فاذا شوهد احياءا لبعض نسايج موضعية او معمالية اى اشتراكية شديدة
بما يعرض فى التسنين الاول لزم ان يراعى فيها من العلاج ما روى فى الاخرى
فتعالج بمثل الوسائط المذكورة هناك وقد ينالك قريباً فى مجتذات الظواهرات
الاعتيادية للتسنين الثانى اسباب هذه العوارض وندرتها وانها لا تحصل
غالباً الا فى ظهور الطواحين الكبيرة

المبحث الثالث

فى امراض التسنين واللثة

نسب الناس معظم امراض الاطفال لعمل التسنين لكن عدم مشاهدته
امراض هذا السن الاول وقلة المعارف اليقينية التى عندنا فى هذا الفرع
من الامراض هما اللذان ساعدتا فى تقوية هذا الرأى حتى صار هذا الظن الآن
عاماً مقبولاً عند جميع الناس كغيره من الظنون الموجودة فى الطب كذا قال
جوسان وسأأتى لساعتى بلباس سبب كثرة العوارض الاشتراكية فى زمن التسنين
مع ان الاسنان ليست سبباً لهذه الكثرة ولم لا يقال ان تشنجات الاطفال الرضع
التي يذكرون من زمن بقراط الى وقتنا هذا انها مسببة عن الاسنان ليست ناشئة
عنها مباشرة وانما هى ناشئة فى الحقيقة من اسباب اخرى واما العوارض الموضعية
للتسنين فقد علمت ان منها الاكلان فى اللثة واتفاخها واحمرارها يسيراً لكن
هذا يكون فى الغالب برهياً وقد ذكرنا ما يتعلق بذلك فارجع اليه قال
بليار وقد شاهدنا من وقت الولادة الى الشهر الثامن او الى سنة ان الاسنان
تنبو وترتفع من عمق السنخ حتى تخرج من سطح اللثة وفى تلك المدة يحصل نحو
جراثيم الاسنان فيضان دموى عظيم يحدث احيانا فى الفكين واللثة احتقاناً

بل التهابا اذا تقدم فيا بعد رجا سبب لين منسوج اللثة ويحصل من ذلك اتزفة
 صغيرة وسلوخ وتقرحات عميقة كثيرا ما يعقبها تلف جرثومة الاسنان وهذا
 الداء يشاهد من بعد الولادة الى ظهور الاسنان الاول ولا ينبغي اشتباهه
 بغنغرينا الفم وانما له شبه باسكوربوط البالغين وقد ذكر بليار صفاته
 في مشاهدة كان فيها انتفاخ في اللثة وانصباب دم في الاسناخ وذلك ان طفلة
 عمرها تسعة ايام وبزيتها قوية ووجهها متلون غير ان في بدننها واطرافها ميلا
 للصفرة اليرقانية ودخلت المارستان في الثالث عشر من اكتوبر وكان صباحها
 قليلا وترها داتما ساكنة هادية كأنها نائمة وكان غشاؤها المخاطي الغمي
 في حالة طبيعية واما اللسان فكان احمر في حاقبيه وطرفه فامر لها بالارز المصمغ
 وفي اليوم الخامس عشر من الشهر قلت شدة اليرقان وعرض اسهال كثير
 فاتقع لون الطفلة وكثر الصباح وانتفخت لثة الفك الاعلى بدون احمرار والمعالجة
 كالسابقة وبقيت مع المريضة تلك الحالة الى العشرين من الشهر غير ان الاسهال
 زاد كاتقاع اللون ايضا لكن بدون زيادة فحول ثمن اللثة العليا التي هي دائما
 منتفخة صارت حمراء وفي الخامس والعشرين زادت جميع العوارض وضعف
 بكاء الطفلة وصار النبض صغيرا بطيئا ولم يتقطع الاسهال وماتت في مساء
 السادس والعشرين من الشهر

وفي فتح الرمة وجد في اللثة العليا من الجانب الايمن ورم بنفسجي يحس
 في محاذاته بتوج واضح ووجد في الاسناخ الثلاثة للاسنان الاول انصباب دم
 مسود سائل ووجدت الاسنان القواطع مع الجزء من الجرثومة الذي لم يتعظم
 متوجة سائبة منفصلة في انشاء الدم المنصب المكون للورم والقلسنات
 العظمية للاسنان لينة محمرة كأنها منتفخة في السائل والاجزاء الرخوة
 المحيطة بها آخذة في الانفصال من الحافة السفلية والباقي من الفم سليم
 ووجد بعض نقط من الموجيت في الطرف السفلي للمرئ وبعض حروز حمرة
 على سطح المعدة وكان آخر الغشاء المخاطي للثاني عشرى سميكاً منتفخاً ووجد
 حوالى الصمام اللساني الاعورى ست لطخ جرابية شديدة الاحمرار والانتفاخ

والكبد

والكبد محقنة بالدم والصفراء كثيرة خيطية ولونها اخضر مصفر وكل من الرتين والقلب والمخ سليما

فهذه المشاهدة عظيمة الاعتبار من وجهين اولانها تثبت ان العوارض من حيث ان محلها في الاسنان او في جرائنها يمكن حصولها في الايام الاول من الحياة كالشهر السابع والتاسع وثانيا يعرف منها عروض انزفة حقيقية في الميازيب السنية بسبب الاحتقان الدموي الكثير الحصول في هذه الاجزاء للاطفال المولودين واما المثال الآتي فيعرف منه حصول هذا العارض بدرجة اكثر تقدما من هذا

وها هو مثال آخر فيه موجيت واحتقان دموي وفساد في اللثة وسعال مخنق والتهاب معدى وحاصله ان طفلة عمرها عشرون يوما دخلت المارستان في اليوم الثالث عشر من شهر اووت وكانت قوية البنية جيدة السمن ولسانها احمر من الطرف حيث يوجد فيه بعض نقط من الموجيت وكان ذلك سببا لقطع رضاعها فامر لها بمغلي الشعير المصنع والغراغر المرخية واللبن الممزوج وفي الرابع عشر من الشهر امتد الموجيت على جميع السطح المخاطي للسان بل الى اللهاة وعولجت في هذا اليوم بالعلاج السابق وفي الثامن عشر كان يحصل للطفلة في بعد شرب المشروبات يسير ولم يحصل لها غير ذلك مما هو عظيم الاعتبار الى تمام الشهر ثم في اليوم الاول من الشهر التالي وهو سبتمبر توارى معها التنفس وصار يعتريها في كل مساء حرارة جافة واضحة في الجلد وكان النبض ممتلئا غير انه ليس اكثر تواترا من العادة اعني تسعين دقة في الدقيقة وامتلاء الفم بصفحات من الموجيت فامر لها بمغلي الجبازا المصنع وبلعوق مع نصف درهم من شراب الشخشاش وبالحمية وفي اليوم الثامن من الشهر قوى السعال واكتسب في كل نوبة صفات السعال التنسجي (كوكلوش) وصار الوجه اوزيماويا واللثة حمراء منتفخة دائمة وعلاجه في هذا اليوم كان كالسابق وفي الثاني عشر زادت جميع الاعراض وحصل انتفاخ عام في لثة الفكين وفي الرابع عشر زاد انتفاخ الجهة اليمنى من اللثة العليا وفي الخامس عشر عسر

الازدياد وصارت المشروبات تنزل من الانف والطفلة في كل نوبة سعال تصير
مهتدة بالاخفاق والعلاج كالسابق وفي السابع عشر قارب ان يكون ازدياد
السائلات غير ممكن مع سهولة ازدياد المرقة التي فيها بعض قوام وفي الثامن
عشر تقدم انتفاخ الشفة العليا تقدم اسرها وبقيت اوديمياوية الوجه وانقطع
تولد الموجيت ثانيا والغشاء المخاطي القمي عموما لم يكن شديد الحمرة وفي التاسع
عشر ظهر كدم بنفسجي على جناح الانف والسعال كان دائما كثيرا
لكن بدون اختناق والجلد طارا جدا ومع ذلك بقي النبض في الحالة الطبيعية
وماتت الطفلة في المساء

ولما فتحت الرمة في اليوم التالي وجد في الجهة اليمنى من الشفة العليا انتفاخ
اوديمياوي احمر مسترخ جدا يشاهد في مركزه نقطة مسلوخة ووجد ايضا انتفاخ
اوديمياوي في جدار القم من ثلاث الجهات فقط امام الخارج فلم يوجد في الجلد
المظهر النحاسي الدهني الذي توصف به الاوديميا السابقة على غنغريسا القم
ولما فتح ورم اللثة وجد مكوونا من دم محبب مسود تسبح في وسطه جراثيم
الاسنان التي انفصلت بالكلية وسقطت مع الدم الذي سال من الورم ووجدت
ايضا طبقة سمكية من الموجيت في قاعدة اللسان ووجدت المعدة منقبضة
مكرشة وغشاؤها المخاطي سميك كاشد الحمرة ووجد في آخر الثاني بعض
صفعات جراثيم منتقعة اللون قليلة البروز والكبد محتقنة بالدم وجميع المجموع
الويدي البطنى في حالة احتقان عظيم الاعتبار وكان المزمار مجلسا لانتفاخ
اوديمياوي واضح جدا واما القصبة والشعب والريتان فسلمية والقناة الشريانية
وثقب بوتال منسدان والمخ انما كان فيه احتقان خفيف

وقد عرف من هنا مصاحبة داء الاسنان لاحتقان اللثة والانتفاخ الاوديمياوي
في الوجه في الجهة الاكثر مرضا فان هذه المواقفة يؤخذ منها ارتباط بين
داء اللثة وداء الاسنان الذي هو المقصود هنا بهذا البحث وغنغريسا القم قال
بليار ولا اشك في ان هذه اى غنغريسا القم قد تتبع انتفاخ اللثة وفساد تركيبها
فاذا عرض هذا الداء في طفل ابتدأ فيه التسنين الثاني كان محمزا جدا فقد ينتج

منه قد الاسنان طول الحياة

ثم ان الانصباب في الاسناخ يكون اقل كثرة كلما تقدم الطفل في العمر وملا السن
بتقدمه التجويف السفلى لكن يحصل حينئذ تساعد دموى على سطح اللثة
في التجويف القمي وتلك حالة يمكن ان لا تشاهد لان الطفل يمتص الدم المتصاعد
اولا فاولا فلا يخرج الى الخارج شئ قال بليار وما تفق الى مناهدة الالتهاب
الحقيقي في جروثة السن وان ذكر جماعة من الفضلاء امثلة منه وقال
ايضا قد تلتهب لثة المولودين جديدة التهابا سطحيًا فيكون اقل ثقلًا وذلك
بان يشاهد عند ظهور الاسنان الاول ان اللثة انتفخت انتفاخًا جزئيًا وصارت
بجسلا احمر الالتهابي موضعي في محاذاة كل سن وقد رأيت التهابا لثويا سطحيًا
في طفل عمره ثمانية عشر شهرا وجميع اسنانه الاول كانت مندفعة وكان هذا
الالتهاب على هيئة خط احمر مقطع بحزم ضغنية تتبع دوائر اللثة في اتجاه
موافق لعنق الاسنان

ويمكن ان يكون الالتهاب اللثوي الحاصل من الاندفاع السنّي ظاهرا واضحا
بحيث يسبب جفاف القم والاحمرار العام للغشاء المخاطي الذي لهذا التجويف
وجميع صفات الالتهاب القمي الاربيماوي المحسوب بالحصى والاضطراب
والصباح الدائم لكن ينبغي ان يعرف ان ذلك لا يحصل في الغالب ومنع ذلك
يلزم الاتقاء المخصوص لعلاج هذا الالتهاب الذي انتشاره بالاتصال قد يحصل
بسرعة في اجزاء اخر من القناة الهضمية وعلاج هذا الالتهاب اللثوي ذكر
في علاج العوارض الموضعية للتسنين الاول فارجع اليه وبقيّة الكلام على
معالجة الاعراض العامة تذكر في شرح الامراض التي تكون تلك الاعراض
ناشئة منها

المبحث الرابع

في امور غير اعتيادية في الاسنان

الاسنان شبه عظام صغيرة صلبة جدا مغروسة في اسناخ الفكين ومعدة لمسك
الجواهر الغذائية وكسرها وطحنها ثم ان الاسنان بالنظر لتولدها ونموها

وتركيها وتعلقها ببقية البنية تشبه الشعر والاطفال لذوات الثدي والريش
للطيور والاصداغ للحيوانات الرخوة ولا يمكن ان يجزم بانها غير آلية لانتها
لانعرف شيئا منسوباً للحيوانات الحية خالياً بالكلية من الحياة لكن لم يكشف
في جواهرها عروق ولا اعصاب ولا جوهر خاص خلوي وهي مكونة من
طبقات متحدة المركزة صلبة من وقت تولدها ويكفي لموتها فساد اللب المولد فلا
تكون اذ ذلك الاجسام غريباً ممسوكاً في وسط الاجزاء الحية مسكاً ميضاً نيكاً
ثم هي بطريق مشابهتها للعظام الحقيقية تتميز عنها بعدم وجود الجوهر
الخاص الخلوي الوعائي في تركيبها والصحاق في سطحها وتعرضها للمماساة
الجوهر بالطلاء المغطى بلزمتها الخارج ونظهورها المتتابع وتجديدها في بعض
ازمنة من وجودها وبانبرأتها وتحركها وسقوطها في الشفوخة قبل الزوال
الاعتيادي للعركات الحيوية من بقية الجسم

وعلى مقتضى وضع كائنات تقصر الكلام على بعض اعتبارات عامة على الانسان
وتترك الشروح الطويلة لكاتب التشرح والتاريخ الطبيعى فالاطباء انما
يشتغلون على الخصوص من احوال الانسان بامور احدها الوسائط اللازمة
لحفظ هذه الاعضاء في حالتها الطبيعية وعلاج انتظامها المعيب وثانيها
الامراض الكثيرة التي تعترى جواهرها والاجزاء المجاورة لها وثالثها
الاعمال المختلفة التي تستدعيها ورابعها الكيفيات المستعملة في الصناعة
لتعويض فقدائها الجزئي او الكلي ونحن انما نبحت هنا عن بعض ذلك مما يتعلق
بظهور الانسان الاول وما يمكن ان يعترى الانسان الثواني في ابتداء ظهورها
في الاطفال

القانون العنقي للانسان * الظهور المتتابع للانسان الاول يندران يعتريه
عوائق عظيمة فاذا سار ذلك الظهور وسير منتظماً تكونت عظام الفكين ونمت نموًا
كافياً بحيث تجدد هذه الاعضاء اعني الانسان فيها مجلساً كافياً فتصطف
باتظام على طول قوسها فاذا حصل في ذلك الظهور امور غير اعتيادية كانت
في الغالب قليلة الاهتمام ولم يلتفت اليها كثيراً الا لان الاختصاص من حيث

انهم صغار في السن يكونون اقل تحملا للعمليات المؤلمة وثانيا ان الاعضاء الخارجة يلزم ان يخلفها غيرها فالطبيعة تفعل من نفسها ما لا تقدر الصناعة على فعله الا بعسر واما الظاهرات الموضعية والسببانية والعوارض التي تعصب في كثير من الاحوال ظهور الاسنان الاول فقد سبق مجتمعا قريبا

ثم ان الاسنان في الحالة الاعتيادية مصفوفة بالتساوي من الجانبين على الجوانب السفلية من الفكين فتكون على شكل خطين ذوي قطع متكافئ واقرب من ذلك ان يقال على نصف شكل يضاوي تام قوسه العلوي مكون للطرف البليظ والسفلي للصغير والاسنان العليا عموما اكبر حجما يسير من السفلي ولذلك تشغل مسافة اوسع فينتج من تلك الهيئة ان القوسين يتوافقان بالضبط من الخلف اماما من الامام فالصف العلوي يجاوز السفلي قليلا ويتقدم عليه مقاطعاه واذ ابحت في الجانبين من الامام الى الخلف وجد في القوس السني العلوي احدياد منتظم من المقاطع الثاني الى ابعد سن طاحوني واما السفلي فيوجد فيه تغير مقابل للعلوي والقواطع العليا منحنية قليلا الى الامام والسفلي عمودية الاتجاه وترتفع خلف المعارضة لها بحيث تستند بلطف على الوجه الخلفي لقاعدة كاليلها ولا يجاوز سن غيره من الاسنان سواء في الطول او في البروز الجانب والانياب وحدها تسطن وتميل غالبا قليلا على القواطع مستندة عليها فاذا خرج هذا التكوين عن ذلك الحد تشكل الفك بشكل قبيح يشبه في اتصال سنين متقابلين الهيئة المعروفة للحوانات الجارحة الا كالة اللحم

ويباض الاسنان الذي هو من الصفات الثمينة لها يشبه بياض العظم فالتى يكون بياضا كيباض اللبن او الصبني وتظهر شفاقة يندر ان تكون شديدة الصلابة فجورها يكون رخوا ويفسد بسرعة ويسهل تحويله الى اللب السني من تأثير الاجسام الباردة او الحارة او الحمضية التي عرضت للمضغ وتوجد غالباً هذه الصفات الآلية في الضعاف واللينقاويين المعرضين

للجنائز ولآء العظام . والغالب ان اسنان الاناث اكثر بياضا واطيف وارق
واصف من اسنان الذكور واصلب الاسنان هي التي بياضا فيه بعض
صفرة وتعلن بعناتهما ان قاعدتها هو العاج المنديج الثقيل وهذه توجد غالبا
في الاقوياء والدمويين والصفراويين والذين معهم قوة عظيمة في اعضاء الهضم
ومع ذلك كل سن يلزم ان يوجد له سطح املس مستو مصقول بحده يتوافق
مع تحذب الاسنان القريبة له فيساعد بذلك على استوائها وانتظامها
ثم ان تلك الهيئات الاعتيادية للقوسين السنيين قابلة لان يحصل فيها اختلافات
وزوغانات كثيرة معظمها يمكن التحرر عنه من قبل او تصليحه لما يتحقق
مخصوص او بتوجيه مناسب يعطى للتسنين الثاني او باعمال جراحية
في امور غير اعتيادية بالسرعة والتأخر في ظهور الاسنان قد يحصل في ظهور
الاسنان اختلاف بالسرعة والتأخر عن الزمن الاعتيادي للتسنين الذي يكون
ابتداءه من نصف السنة الاولى تقريرا غير ان التأخر ليس فيه عظيم اهتمام
وان كان غير باق قد شوهد تأخر التسنين الى ابتداء السنة الثانية بل ولزيد
من ذلك الى السنة الحادية عشر مثلا كما شاهد ذلك دوجيس بل والى احدى
وعشرين وثنتين وعشرين كما شاهد ذلك سميلي ولا يلزم زيادة الاهتمام في عدم
انتظام الاسنان في الترتب عند خروجها من الفك وقد شوهدت اطفال ولدوا
باسنان والغالب في هذه ان تكون هي القواطع وكثيرا ما وجد ذلك
مع عيب تكون في الوجه ولا سيما العلم وانقسام اللهاة وقد لا يوجد في الفم
اصلا امر غير اعتيادي سوى وجود الاسنان كما شوهد ذلك في لويس الرابع عشر
ملك فرنسا ولكن الغالب ان الاسنان التي تظهر من وقت الولادة لا تطول
مدتها لانها كانت في الاصل سطحية الانغراس جدا صارت ايضا اكثر
من ذلك كلما نمت الفك فلم تلبث قليلا حتى تسقط قال بليارد قد دخل بيت الملقطين
سياريس طفل معه سنان طويلا في الفك العلوي فبعد ستة اسابيع سقط
احدهما والثاني سقط بعده بقليل فانا حصل للطفل من تلك الاسنان تعب
في الارضاع ومثل الجملة لزم ان يبادر بقطعها لان فقد الاسنان القواطع الى زمن

التسنين الثاني لا ينضر الطفل ولا يمنع وسائط التغذية التي بدونها يخاف على حياته

في امور خارجة عن العادة في عدد الاسنان * قد سبق ان الاسنان قد تنعدم بالكلية ولا تظهر ابدا وذلك ناشئ اما من الفقد الاصلى لجراثيمها في بنية الجنين او من امراض ثقيلة عرضت للثة او الجراثيم قبل الولادة او بعدها يسير فافسدت منها قوة الحياة وذكر بوريلي مثالا عظيم الاعتبار للفقد الكللى للاسنان في امرأة كان عمرها ستين سنة وبعضهم وجد في جملة اطفال بصلية الاسنان ملتهبة في حالة تقيج فظن ان عدم بعض الاسنان ناشئ من مثل تلك الآفات فاللثة في تلك الاحوال تقيس وتصير مندملة ويتم بها المضغ وهو وان لم يكن تاما ومعدوما في الاجسام اليابسة الا انه يكون كافيا لهضم الاغذية وتغذية الطفل ولكن الغالب كما سبق ان يكون العدم جزئيا الى لبعض الاسنان لا كلها فمارة تنعدم الاسنان الاول فقط ثم تظهر الاسنان الثواني في وقتها وتارة لا تظهر الاسنان المقدمة اى الاولى التي في مقدم الفم فيبقى الفم ممتعا باسنان الجوانب فقط اعنى الاضراس وشوهد شاب عمره ثمان عشرة سنة واسنانه اللبنية سقطت من زمن طويل ولم يظهر بدلهائى وكما شوهد ذلك شوهد بهاء اسنان اللبن وانبرت كالسنان الشيوخ وجميع ذلك لا دخل للصناعة فيه ولا يمكن تحريض اعمال الطبيعة ولا ايقاظها ولا تعجيلها وانما يمكن بالتحرس من التيسس اللينى الغضروفى للثة الذى ينتجه الاعتياد على استعمال الاغذية اليابسة الصلبة ان يعان خروج الاسنان المتعوق التى لا يقطع الرجا من نموها الا اذا تم نمو الشخص ففى ذلك الزمن تبدل بالقطع الصناعية فى الاماكن الخالية منها

والزيادة الغير الاعتيادية فى عدد الاسنان تنجى فى الغالب من دوام بعض اسنان من الاسنان الاولى مع الاسنان الدائمة التى تظهر امامها او خلفها ومع ذلك هنالك مشاهدات نادرة يؤخذ منها ازواج القوس السننى فى احد الفكين وكثيرا ما تشاهد القواطع او الايناب فقط زائدة العدد واحيانا تكون الطواحين

الدائمة موجودة من قبل ثم يظهر سن غليظ رأ ثدمن الباطن او الخارج فيبرز
 في باطن الفم او نحو الخد ويسبب آلاما كما يتعب ايضا حركات هذه الاعضاء
 فيلزم قلعه متى تسر مسكه بالالة ومن المناسب ايضا ازالة الاسنان المقدمة
 الزائدة حقيقة لكن ينبغي غاية الانتباه حتى لا تؤخذ الاسنان الدائمة الرائعة
 بدلا عن الاسنان التي يلزم ان تكون هذه بدلها فلا تقلع الا هذه الاسنان الاولى
 ومهما كانت درجة الانحناء الغير الطبيعي للأسنان الاخر يشاهد غالباً بعد
 هذه العملية حيث صار المحل المعدلها خالصة ان تلك الاسنان تعتدل وتقرب
 للصنف بل وتدخل فيه ثم يقطع النظر عن ما تذكره اقارب الطفل
 وما ينتج عنه من ان السن الموضوع بانتظام يبقى دائماً ولا يتبدل في الزمن
 الاعتيادي للتبديل يسهل ان يميز بالاعتیاد الاسنان الدائمة عن الاولى
 بكونها اعرض وبمنظرها الاكثر صلابة وباللون الابيض الاقل لبنية ولا سيما
 في خصوص القواطع بعدم التساوي في اطرافها الخالصة التي لم تبر الى
 الآن بالاحتكاك وليست ملصقة متساوية كاطراف الاسنان التي استعملها
 الطفل قبل ذلك مدة طويلة فمن المهم ان يبحث في هذه الصفات فان السن الدائم
 قد يدفع من الجانب السن اللبني ويغير محله بحيث يتغير النظم الاعتيادي ويمكن
 بالقلع ان يغلط الطبيب في ذلك غلطاً مضراً وعندئذ من ذلك امثلة كثيرة
 امور غير اعتيادية في وضع الاسنان * شوهدت زوجات من اعرب ما يكون
 في اتجاه اندغام الاسنان وكيفية ذلك الاندغام وذلك ناتج دائماً من عيب تكون
 في القوس السني العلوي والسفلي اذ من المعلوم ان السنخ الذي يؤثر شكله غالباً
 في اتجاه السن اذ لم يمكنه بسبب ضيق عظم الفك ان يتكون خالصاً مشتركاً السن
 معه في هذا الزوغان فيخرج عن خط الاسنان الاخر بل قد ينحوي بعيداً عن
 القوس السني بمسافة ما قد ذكر البنوم شخصاً معه سنان كبيران في الطول
 والغلط وكانا مختفين في سلك التسو الصاعد للفك العلوي وكان جسمهما من الاعلى
 واصلهما من الاسفل واذا تأملت في الوضع الاصلي لبرقومة هذين السنين
 لم تستغرب وضعهما في هذا الوضع العجيب لانه لم يكن هناك ميزاب سني ولا سنخ

حتى يتجهها فيهما حال انقوس وشاهد البنوس ايضا سنا في جزء عظم الفك الذي
ينضم بعظم الفك وسبب غير شاهد ايضا سنين من جنس الاثنياب موضوعين في
الحمل المذكور والغالب ان الاسنان التي تبعد عن انتظام غيرها هي الاثنياب فاخر
ما يتكون في نمو جرثومة الاسنان هي الجرثومة المحاذية للاثنياب فاذا لم يحصل
بعد كاف في القوس السني حتى ان هذا السن يجده في نموه محلا مناسباً جاز
ان يتدفع الى الخلف ويسعى لجهة مخالفة للجهة التي يتجه اليها طبيعياً قال بليار
ولا ادري كيف ذكروا امثلة لظهور اسنان من الطواحين في محل القواطع
وكيف حصل الغلط في ذلك مع ان سنخ السن القاطع ضيق عن ان يسمح
للجرثومة المحتوى عليها ان تكتسى الشكل الخاص بالطواحين وعلى كل حال
هذا السن الطاحوني من حيث انه شاغل للسنخ الغير الاعتيادي يكون شكلة
غير بياجدا ونهاية ما يكون ان يصير طاحونيا غير كامل وقد تكون الاسنان
افقية او مقاربة بالكلية فيكون اصلها متجه نحو اللثة واكليلها في الجهة
المقابلة في سمت عظام الفك كما علمت حيث يحصل منها كطائمت تخرج عميق واتفاح
محدود ومؤلم وغير ذلك من العوارض المشابهة لذلك فاذا صارت الاعراض
شديدة وتكون صلبة وانفتحت فوهات ناصورية احتيج وان لم تعلم كيفية التغير
لفتح القوس السني فتحة خفيفة حتى يتكشف ينبوع الداء وعلاجنا هذا انما
هو للعوارض الالتهابية بالوسائط الاعتيادية المأخوذة من رتبة مضادات
الالتهاب العامة والموضعية وفي بعض احوال اقل ثقلا وخطرا تندغم بعض
اسنان في العظام الفكية بحيث ان اكليلها يخرج اللسان والخدين مباشرة
ويجبها وعندنا امثلة وجد فيها اسنان مندغمة في قبوة الفك والحدار الفكي
من الجحاج وفي سمت اللسان وفي البلعوم بل وفي المعدة ومن المعلوم انه متى كانت
الاعضاء الغير الاعتيادية مشاهدة بالبصر وتصل اليها الآلات لزم المبادرة
بإستئصالها

امور غير اعتيادية في انتظام الاسنان * الاسباب الرئيسة للانتظام الغير
الاعتيادي للأسنان هي عدم كمال نمو القوس السني وزيادة عدد الاسنان

وزيادة عرضها وعلى الخصوص دوام بعض الاسنان الاولى على الجانب
او الاعلى للثة قط التي يلزم ان تظهر منها الاسنان التابعة وكثيرا ما يمكن بالبحث
في العظام الفكية ورفع اللثة وسعة المسافة الشاغلة هي لها ان يعرف من
قبل ظهور الاسنان المنتظرة لاي جهة يكون انحناؤها قد تذهب الى الخلف
او الى الامام او تلف على محورها بحيث يصير وجهها جانبيين وتجه حافتها
الى الخارج والخلف وهذه الاتجاهات المعيبة يندران نصيب الاسنان الاول
ولم تشاهد غالبا بل اصلا في الطواحين والغالب ان يكون مجلس هذا الزوجان
في الانياب والقواطع

وفي معظم الأشخاص يحصل من انحناء من من الاسنان المقدمة انحناء بجهة
اسنان فالسن الزائغ يترلف في المحل الذي يلزم ان يشغله جزأ من المسافة الخالصة
بحيث ان الاسنان المجاورة له يزول منها الاتصال الحاصل بوجوده فتقرب اليه
من الامام والخلف مع كونها تفحن قليلا الى خارج الصف في الجهة المقابلة واما
من جهة الاسنان المقابلة التي هي في عظم الفك المقابل فمن حيث انها تكون عند
المضغ وانطباق الفم معرضة لانضغاطات غير اعتيادية تلتزم غالبا بان تبعد عن
اتجاهها فانحناء سن قاطع من القواطع السفلى الى الامام بسبب غالب الاتجاه
القاطع العلوي المقابل له الى الخلف والعكس بالعكس فينتج من ذلك في صفى
القوسين تصالبات تختلف في السعة والعظم فتفسد انتظام الاسنان

ويسهل بمساعدة زيادة التأمل والانتباه الجيد مدة التسنين الثاني الاحتراس
من حصول كثير من الامور الغير الاعتيادية التي نحن بصدد هاهنا فمن المهم حينئذ
الحذر من شيئين احدهما المبادرة باستئصال الاسنان الاولى والثاني الذي هو
خطر اضرار كسها في مواضعها زمانا طويلا فان نتيجة الاول الاعانة على
التفرق الجانبى للأسنان التي تظهر واحيانا عدم امكان الوضع المنتظم للاخيرة
فيما بينها ونتيجة الثاني هو متانة ونقل الانحناء الى الامام والخلف والالتفاف
على محورها اصل السن والتجربة وحدها هي التي ارشدتنا للعلاجة المتوسطة بين
هذين الخطرين

ثم في ابتداء التسنين الثاني حيث لم يكابد الى الآن القوس السني تغيرا اذا ظهر
 من امام احد القواطع المتوسطة السفلى او العليا او من خلفه وهو الاكثر
 احتقان مؤلم اى ارتفاع حجر محدود مؤلم بالضغط كان من المناسب المبادرة
 باستئصال السن الاصلى الذى حصل قرب هذا العمل الالتئامى سواء كان
 متحركا ام لا فهذه هى الوساطة الوحيدة لتجهيز مسافة خالصة للسن الذى
 يريد ان يخرج خارج الخط حيث لم يجده محلا خاليا يدخل فيه ويلزم ان يتمسك
 بمثل ذلك اذا خرج قبل ذلك ثم مع هذه العملية اذا لم تجد الاسنان المتوسطة
 للتبديل بين القواطع الاولى الجانبية مسافة كافية لتنظم فيها انتظاما مناسباً
 لزم استئصال الاسنان المتعبة لذلك لكن من المهم ان ينتظر هذا الاستئصال حتى
 تنمو الاسنان المراقبة للنمو وتبلغ نحو نصف ارتفاعها تقريبا فاذا بودر قبل
 ذلك بفعل العملية تباعدت الاسنان من جانب الى آخر واخذت جزءاً من المحل
 الذى يلزم ان تشغله الاسنان التابعة فاذا تأخرت العملية جدا قبلت
 الاسنان الانحناءات المقدمة الخلفية التى يلزم الاحتراس منها والقواطع
 الجانبية تكون ايضا معرضة لمثل تلك العملية اعنى انما بعد الاستئصال
 المحتاج اليه فى الاسنان الاول التى يلزم ان تقوم هى مقامها يستأصل ايضا بعد
 خروج جزء عظيم من اكليها احد النابين ليتم المسافة التى يستدعيها الانتظام
 الاعتيادى ويلزم ان توجه الانياب بهذه الكيفية فى نموها ومواضعها وقد
 يتفق احيانا ان يضطر لازالة الطاحونى الاول الصغير حتى ينتظم الباقى
 فى الدائرة لكن هذا لا يحصل فى اغلب الاحوال اذا كان الاستئصال
 المبكر به للإنسان التى يشاهد خروجها يسمى لهذه بان تبا على عن بعضها على
 الجوانب

فنتج من هذه الاصول انه اذا ظهر سن تابعى واتجه متباعدة على الجوانب يلزم
 الحذر من استئصال الاسنان المجاورة له التى تخدم لمسكه وقصر انحنائه واذا
 لمست الزاوية الاكثر ارتفاعا من سن زائغ عند انطباق القمم سنا محاذيا له فى الفك
 الاخر كان الضغط الناشئ من ذلك قابلا لان يزيد فى انحنائه ايضا فيلزم

الاتجاه للمبرد ليزول هذا السبب المضاف للزوغان واذا كان السن الضاغط
هكذا على الاسنان التي يراد استقامتها اوليا يلزم اما برده او استئصاله اما اذا كان
دائما فان المناسب اذا كان المانع خفيفا ان يبرد كل منهما وفي حالة ما اذا كان
عظيما جدا ان يقاوم بواسطة عقله او بتقريب تام للاقواس السخفية حتى ان
الغواتساق وحسن اتجاه العضو الزائغ يخرجانه من الضغط الذي يخاف عليه
منه

ويندر ان لا تنجح هذه الاحتراسات واجتهاد الجراح يصير اصعب اذا حصلت
الزوغانات بالفعل والتزم ان يزيلها اما التحرس منها قبل حصولها فهو اقل
صعوبة من ذلك والانحناءات المنعزلة لسن او اسنان ليست عديمة الشفاء واما
التي تصيب القوسين وينتج منها بين الاسنان المتقابلة نوع تعشق وتداخل
في بعضها فيعسر جدا منعها بالكلية والذي يلزم فعله والا حينئذ هو
ان تستأصل اذا كانت موجودة الاسنان الاول التي تعقب انتظام الاخر ونعين
على زوغانها فاما من عدم فهم هذا ينبوع لكون جميع اسنانهم جديدة فيلزم ان
يختار لهم على حسب الاحوال احدي هذه الطرق المختلفة

فالواذا كان بعض الاسنان ملتقا على محوره بسبب ضيق المسافة التي يلزم
ان يشغلها فالمناسب ان تبرد بلطف الحواف المتقابلة لهذه الاسنان الرديئة
الوضع ومجاورها ليعين ذلك على استقامتها وثانيا يلزم في الاشخاص الذين
معهم بعض الاسنان المنعزلة مائلة الى الامام او الخلف بعد ان يتحقق فيهم ان
المسافة التي بقيت خالصة في الصف تكفي لقبولها ان تقهر تلك الاسنان على
الاستقامة بان يدخل فيما بينها قريبا للثة ما يمكن سلك معدني يربط في الاسنان
المجاورة لها فيجذبها على الدوام نحو المسافة التي يلزم ان تشغلها وقد يستعمل
مسطح مايل يوضع على الاسنان المحاذية لها من القوس المقابل فيحصل منه على
الاسنان الزائغة ضغط يتجدد في كل انطباق للغم وفضلوا هذا عموما على السلك
متى سمح الانحناء باستعماله فهذا المسطح لا يحرك الاسنان الموضوع عليها
بجبال من الاحوال ويقصر فعله بالضبط على الاسنان الزائغة واما السلك

فيوزع قوته على الاسنان السليمة التي تخدم له قطة ارتكاز والاسنان التي يراد
استقامتها مع كون كبسه بضيق واستدارة على السن قد يحدث انبرآء جوهره
السنى وتأكله تأكلا يختلف عمقه خصوصا اذا كان ذلك السلك رخوا
دقيقا

وثالثا اذا كان هنالك تعشق وتداخل بين القوسين السفين اذا مقط احدهما
على الآخر مباشرة لزم ان تنبرى الاسنان المنضغطة حاقما بالسائبة باسرع
من انبرآئها في الحالة الاعتيادية فيزيد بذلك تشوهاها ويسبب سقوطها قبل
الزمن الاعتيادى فيصح ان يستعمل في هذه الحالة مسطح مائل منتظم يوضع
على الاسنان السفلى فيضغط على الصف العلوى من الخلف الى الامام ويذهب به
تدريجيا امام الآخر

ورابعا اذا تكون من القوس السنى السفلى بروز غير اعتيادى وصالب العلوى
بمروره امامه سى هذا التشوه عند عامة الاوربا يذقن القبقاب وهى تسمية
لا يعلم لها معنى فينتج من ذلك ايضا ان الاسنان تنبرى بسرعة واحيانا تنهيج اللثة
السفلى من قيعها بضغط القواطع المقابلة عليها وتلتب وتتقرح فاحسن الوسائط
استعمالا لا رجاء المجاورة الاعتيادية بين الاعضاء الزائغة هو المسطح المائل
الذى ذكرناه فيوضع على الاسنان السفلى بحيث انه عند تقارب الفكين لبعضهما
يضغط على الاسنان العليا من الخلف الى الامام ويلزمها بان تمر امام الاخرى

وتصنع الاسطحة المائلة من الذهب او الفضة او البلاتين ومن المهم ان تدخل
فيها بالاحكام الاسنان التي توضع هي عليها حتى لا يحصل فيها مدة حركة الفكين
والخدين واللسان خلخلة ولا تغير محل ويلزم ان يحسب بروزها بحيث تسمح
للقوسين السفين ان يقربا قربا كافيا ليتأتى الكلام وانطباق الفم ولا يحصل منها
اولا الاضغط متوسط على الاسنان الزائغة وكلما اعتدلت هذه يراد فى تحمل جزء
المسطح الضاغط ليحفظ فعله فاذا حصل التناسب الاعتيادى بين الاسنان جاز
ازالته بالكلية وتكفى بعد ذلك الاسنان التي كان موضوعا عليها لانتمام استقامة
الاسنان الاخر بكبسها عليها فى اتجاه مناسب

وخامسا استنان الفكين قد يوجد فيها في بعض الاشخاص ميل عام الى الامام
 فيتكون منها بروز يختلف عظمه تحت الشفتين وهذه الهيئة تؤدى صلابه
 مفاسدها وتظهر كأنها طويلة جدا وتعارض احيانا تقارب الشفتين وتعوق
 التلفظ وتسبب التلعب وانقذافه الى الخارج متى تكلم الشخص بقوة واعتياد
 الاطفال على ان يمصوا على الدوام ابهامهم وملابسهم بل وللسننهم حيث
 يذهبون بها ويجذبونها الى الامام بين الشفتين هي الاسباب الاعتيادية لهذا
 التشوه الذي يكون ايضا عام في بعض القبائل بل وراثي في بعض العوائل ومن
 المهم مقاومته والمبادرة بمنع الافعال التي تسببه فاذا حصل بالفعل حال بعضهم
 يقطع الطاحون الاول الصغير من كل جانب ثم يوضع اما الصفايح المعدلة لتوجيه
 الانسان نحو القم والساوئ المعدينية التي تمر امامها ويزاد في ضيقها كل يوم لكن
 يندرجح هذه الوسائط اذا كان التشوه عظيما بل الغالب ان تعرض بذلك
 الانسان للتحرك والسقوط المجل قبل اوانه بدون ان تستقيم

وسادسا الهيئة الغير الاعتيادية المقابلة لما سبق اعني انحناء الاقواس السنية
 الى الداخل بان يتجه نحو باطن القم فتسبب خطارا كثيرة كالسابق وذلك
 في الغالب عديم الشفاء لان منشأه من الانحناء المعيب للعواقي العظمية
 الحاملة للاسنان اكثر من كونه ناشئا من الانحراف الغير الاعتيادي لتلك
 الاسنان

وسابعها التقارب الزائد للاسنان بسبب احيانا بين حوافها المتقابلة ضغطا
 يعين على انبرائها وتأكلها فكما ان تباعد هذه الاسنان عن بعضها تباعد ازاها
 غير مناسب كذلك ايضا تراكمها على بعضها غير مناسب فاذا وقف تكون الحواجز
 السنية مدة نمو الفك او بقي الميزاب السني خالصا في جميع سحنه بقيت الجرائم
 السنية دائمة متراكمة على بعضها متلاصقة فالاسنان التي تتبعها تكون متلاصقة
 ايضا بحيث يقوم منها كتلة واحدة مركبة من جملة اسنان ملتصقة كاليلها
 او اصولها وهذه الهيئة متعبة مضرة غالبا وقد قدم مثال من ذلك لايوان
 الاطباء يباريس وذكر مر جولان ان سمرنج رأى مثالا من ذلك وذلك الالتصام

غير الانضمام بواسطة الطرطير كما قلنا وعلاج ذلك يكون بالمبرد وبالجملة تسال
استقامة الاسنان باسهل ما يكون كلما كان الشخص اصغر سنا والاعضاء
الرائغة ابعد عن نهاية نموها وكانت مفاصليها وحوافها السخية اقل صلابة
والغالب انه ينجح العمل بسهولة الى سن اربع عشرة او خمس عشرة سنة اما
فيما فوق ذلك فان الاسنان تتحرك وتغير مؤلمة وتسقط في الغالب بدون ان
نستقيم فالمناسب حينئذ قصر العلاج على تصليح افراط التشوه والتناجيج
الردئية التي تحصل من الكبس الغير الاعتيادي لاحد الفكين على الآخر وذلك
التصليح يكون بالمبرد واستئصال الاسنان الكثيرة الانحناء والانعاب
تجمدات غير اعتيادية في الاسنان * قد يحصل ذلك للاطفال بعد التسنين
الثاني كما يحصل للكبار ايضا فاللعاب والسائلات المخاطية التي تطفو على
الدوام في الفم والافراز الخاص الذي تكون حروف اللثة بحسب الظاهر هي
المجلس له جميع ذلك مجهز على سطح الاسنان مادة وسخة مبيضة او مصفرة
تتعلق بها اتلعة شديدا وتجمد تدريجيا وتكون اولا على عنق الاسنان ثم تكون
فيما بينها وترتفع في كثير من الاشخاص الى ربع ارتفاع اكليها او نصفه بل كله
ايضا ولا يندران يوجد جزء عظيم من صف سني او من الصفين معامغطى بكتلة
جامدة مسمرة او مسودة يمكنها بعض خطوط تدفع الخدين الى الخارج وتشغل
من الباطن جزءا عظيما من المسافة المخصوصة باللسان وتلك المادة يخرج منها
بالتحليل ما يخرج من اللعاب وتجمداته كفوصفات الكلس وهو اكثرها
وكربوناته ومخاط حيواني واوكسيد الحديد وفوصفات المغنيسيا ووجود
هذه المادة يهيج اللثة ويريد في افرازها وكما زادت رفعت امامها هذه اللثة فتسبب
تعربة عنق الاسنان وبتر اكها شيئا فشيئا على قاعدة الاسنان تجذبها تدريجيا
من اسناخها فينتج من ذلك منظر وسخ دهن في الفم ورائحة كريهة واحيانا تنبت
تتصاعد منه وتتقرح في اللثة او الخدين او اللسان ثم تحرك الاسنان ثم
سقوطها ومراعاة النظافة وتأثير الاغذية الصلبة لا يكفيان للعد من تكون
هذه التجمدات اللعابية على الاسنان فاذا وجدت لزمازالتها حالا بالتحاة

او بغيرها من الآلات التي تدخل بين الاسنان او تجرى على سطحها وهذه العملية دائماً طويلة اذا استوائت التجمدات على جميع الفم وقد تكون لطيفة ولكنها تستدعي مهارة الطبيب في خفة الحركات ومراعاة كثير من الاحتراسات اذا كانت الاسنان متحركة قبل ذلك فيلزم - حيث ذمها - ككها باصبع او اكثر من اليد اليسرى توضع على طرف اكليلها ويقلع بالآلة ما يلزم فعله مع رفع التجمدات السنية يعطى اللثة اطلاق امتدادها من جديد حتى تثبت الاسنان والغالب انه ينتج من العملية فصد موضوعي نافع بحقق التهيج من جميع الاجزاء المجاورة لها

حفظ الاسنان * لا يكفي كون الاسنان شاغلة لمحلها الاعتيادي وعلاج زوغانها وازالة تجمداتها اللعابية المتكونة فيما بينها وعلى سطحها بل من المهم ايضا ان يتيقظ لحالة صحتها لحفظ فيها وذلك بالتدبير اللطيف المنتظم وعدم الافراط في كل شيء والممارسة الخاصة الاعتيادية لوظائفها الرئيسة ولا سيما الهضم فهذه هي الوسائط الجيدة لحفظ رطوبة الفم ومتانة اللثة وصلابة الاسنان وسلامتها والغالب ان التغيرات التي تصير الاسنان بمجلساتها تنتج من اهمال الوسايا العامة للصحة وتكون في الغالب علامة لتغير عام في البنية اولتهيجات مختلفة موجودة في اعضاء الهضم

والاحتراسات الاعتيادية للنظافة تكفي في معظم الاشخاص لبقاء اللثة والاسنان الحاصلة من التسنين الثاني في حالة جديدة فير على اكليلها بالفرشة الصغيرة المعدة لذلك ككها او بالمسوا اليه من قاعدتها الى قمتها ثم على طول الصفيين السفليين ثم على سطحها الخالص فهذا يكفي مع الماء الدافئ في كل صباح لازالة الطبقة الوسخة الخفيفة التي ترسب مدة الليل ويكون ذلك خفيفا بحيث لا يجرح اللثة ولا يمزق حافتها السائبة ثم ينبغي زمننا فزمننا بمسافة طويلة ان يوضع على الفرشة او المسوا اليه بعض سنونات مسحوقة كالتي من الفحم والمرجان المحضر وليسبان البحر المسحوق ولحم ذلك فهذه المستحضرات تؤثر كجسام غريبة صلبة توضع على سطح الاسنان فتستولي على الاموال المتجمدة الصلبة

التي كانت ملتصقة حتى ان الفرشة او المسواك يقدر على ازالته او يمكن على رأى بعض الاطباء ان يراد على هذه الجواهر لازالة نفاثة النفس قمحتان او ثلاثة من مسحوق كلورور او اكسيد الصوديوم لكل درهم من المسحوق وينبغي الكف والمنع من استعمال المستحضرات الحضية فانها لا تعطي للاسنان البياض الشاهق الا بعد ان تفسد جزءاً من طلائها وتلين جواهرها وتفسدها وتسقطها

فاذا كانت اللثة رخوة محتقة كابية يسهل رشح الدم منها كان من المناسب ان يراد على المسحوقات المذكورة الكينكينا ودم الاخوين ومحوذلات من الجواهر المقوية مسحوقة ايضا ويصح ايضا ان يوضع في كوبه ماء بعض نقط من الصبغة الكروولية لحشيشة المعاليق (قوكلارس) او الجاوي او القرفة او نحو ذلك لكن لا يدوم على استعمال هذه المستحضرات وسيما التي يسمنونها مضادة الجفر فانها تسخن الفم واللثة بسهولة وتزيد في الاحتقان الذي تكون اللثة بحسبها وتعرض السيلان الدموي القوي المؤلم المختلف في الكثرة فيلزم منعها وابدالها بالماء الفيازر او المطبوحات المليئة متى كان منسوج اللثة متألماً احمر ورديا متوترا لامعا وما ينتج عنه تبايح جيدة الافساد الموضعية التي تعمل في هذه الاحوال بالمسواك او المنكاش او بمبضع او فوضع علكة او ثقتان او ثلاث على حسب سن المريض وهو الاحسن على الحال الاكثر الا لما وحرارة من اللثة خصوصا اذا اتعبت بالاستحمامات المريحة الموضعية

وبالاختصار نقول ان السينونات تؤثر على الاسنان وعلى اللثة فلا تظف اسطحة الاسنان الابصفة كونها مسحوقة صلبة لكن المناسب ان لا تختار من الجواهر الهارسة كالزمل لانها تخططها بخطوط وتبرئ طلائها من الاحتكاك واما جميع ما له تسلط على طرطير الاسنان بتأثيره الكيماوي وان كان ضعيفا فينتهي حاله بان يتسلط على الاسنان نفسها واما بالنظر للثة فالمستحضرات المناسبة هي التي يداوى بها لينها وضعفها وتهيجها والتهابها وليس هناك مستحضر واحد صلب او سائل جيد الاستعمال او قليل الضرر يناسب في جميع

الاحوال وبجميع الأشخاص فابتدع به الدجالون والقشارون من ان معهم
سنونا نافعاً مطلقاً كذب وخطأ مضر يخشى منه الايذاء

واما السؤال فاستعماله عند ناسنة متبعة وله خواص كثيرة ذكروها
في المؤلفات غير ان اكثر منافعه انما هو ازالة الاجسام الغريبة وبقايا الجواهر
الغذائية المسوكة بين الاسنان ومداومة استعماله كل لحظة يخشى منها تهيج
اللثة والاعشية السخية والمختار من المساويك عندنا الارال والتخليل الاسنان
انخلال فانه احسن من الاجسام الشديدة الصلابة كالعدنية ونحوها لانها
تؤذي الاسنان وربما سببت تحركها واما الرائحة الكريهة للقم الناتجة اما من
استعمال التبغ اى الدخان اى وضعه في القم مدقوقا او مفروما ومن احوال
مرضية في القنوات الهضمية فتعالج غالباً مع النجاسات باقرص يدخل فيها
كلورور او كسيد الصوديوم غير ان هذه الوساطة وقية واما قطع الداء من اصله
فبعلاج الاصل المسبب له وبالجملة ينبغي مراعاة نظافة الاسنان باى طريق
كان وان يمنع عنها من الاطعمة والاشربة والكيفيات ما يؤذيها كالحوامض
والجواهر اللداعة والتركيب المعيب وقلة صلابة الاسنان يعرضها للانبراء
غير ان هذا يحصل في الغالب من اسباب غريبة كاحتكاكها باليابس بحسب
صلب له تسلط واستيلاء على الطلاء نفسه والصرير الاعتيادى العصبي
للالسنان والاعتقاد على ان يوضع بينها انايب الدخان والشبكات المستديرة
المتينة والاعتقاد على المضغ من جانب واحد واستعمال الاغذية الصلبة
جدا والمنهوقات الصلبة والجواهر الحضية لغسلها كما قلنا ولا يحصل
دلت الانبياء الامع التقدم في السن واذا اتبرى الطلاء لم يعد ثانياً لكن الغالب
انه يتكون في التجويف السنى تحت الاجزاء المبرية تعظم جديده يدفع البصلة
العصبية ويغطيها بطبقات زائدة من العاج ويمنع صيرورته مؤلماً بترقيق القبوة
الكلسية الحافظة له ومع هذا العمل كثيراً ما يحصل له تألم من تأثير الحار
والبارد والحوامض

وعلى كل حال يحترس من الانبراء قبل او ان حصوله بمنع الاسباب المحدثة

اوالمقوية له فمن المناسب اذا كانت الانضاض معرضة له بسبب الضمير
كما يشاهد ذلك كثيرا في الاطفال كالجار ايضا الذين معهم تيج مخي ان يوضع
مدة الليل لويحة من خشب الخفاف او نحوه بين الاسنان الطواحين من كل
جانب فاذا استند سن على نظيره المقابل له وبراه لم يرد له ليقف تقدم هذه الافة
فاذا انتفخ تجويف السن المبرى وذلك نادر كان من المناسب تنظيفه وترصيصه
واما الخشونة السطحية التي تجرح اللسان والشفتين والخددين او التي هي كثيرة
التشوه فتزال بالمبرد حتى يتساوى حسب الامكان القوس السني

واما امراض الاسنان الناشئة من اسباب بادية قوية تصيها ~~فكسر~~ كسر
او تقلعها او تغلغها او من تغير ذاتي في جوهرها او من التهاب حاد او من
اوقات اخر عميقة عرضت للمفسوجات المحيطة بها التي تثبتها وتوصل لها
اغذيتها فعملها كتب الامراض عموما اذ لا شيء منها خاص باستدأ ظهور
الاسنان في التسنين الاول ولا في التسنين الثاني وتلك الامراض كالتهك
والكسر والخلع والقطع والضمور وفساد الطلاء وفساد بصيلة الاسنان
والتهكوس وتلف اصولها الاسنان ووزمها وكونها منبععا للصدید اي اصابتها
بشوكه الریح والتهاب الغشاء السني واكلة السن وفطرية اللب السني
وتعظم البصيلات السنية والالام والقيضانات السنية والخراجات والنواصير
السنية وجميع ما يتعلق بذلك من العمليات فهذه كلها لا تختص بعمردون
آخر وليست في الاطفال اكثر مما في البالغين

المبحث الخامس

في امراض الغدد اللعابية

الغدد اللعابية يندراسابها في المولودين لانها لاتعظم ويندافرازها الا زمن
ظهور الاسنان الاول قال بليار كثيرا ما شرحت بتشديد الرأ جنت اطفال
في هذا الزمن لا تحقق حالة هذه الغدد فلم اجد فيها شيأ عظيم الاعتبار الا في
كثيرا ما وجدت النكفة والحبوب المتراكمة المركبة لها مغمورة بالدم ولونه
بلونه وذلك ناشئ من الاحتقان الدموي في الاجزاء المجاورة لها وقد اتفق لي

اني رأيت ضفدعا خلقيا في طفله حملت الى بيت اللقطاء وكانت قوية البنية واذا صاح ارتفع لسانها فيشاهد ورم شفاف على الجزء الختاني لقيد اللسان ملتصق بالوجه الباطن للحنك وذلك الورم مستدير بدون انتظام ومستطيل شاغل بالضبط محل الغدة تحت اللسان وكان مرنا جدا ولا يستفرغ بالضغط عليه ~~لكن~~ يظهر انه يكون اكثر امتلاء في غير وقت الصباح عما اذا صاح ولما بحث جيدا في هذا الورم ظن كونه ناتجا من تراكم اللعاب المنفر من الغدة تحت اللسان على بعضه من حيث ان فوهات الدافعة منسدة ولا بد وهذا يدل مع ما سياتي لنا في هذا الكتاب على ان الناتج من افراز بعض الغدد يندفع الى خارجها وان كانت صغيرة في النمو حتى في مدة الحياة داخل الرحم واتفق ان هذا الطفل ذهب الى الريف بعد يومين من مجيئه ولم تيسر لي تتبع تقدم هذا الداء فيه انتهى قال اولفمير وهذا الداء اعنى الضفدع الخلقى في المولودين نادر جدا وقد شاهده وشرحه جيدا في هذه الازمنة الاخيرة دبواس واستول بل الظاهر انهما لم يعلما مشاهدة بليار السابقة وهو في نفسه قليل النقل والخطر غير انه قد يحصل منه نتائج مغمة بسبب كونه مانعا للمص في الارضاع اذا كان مجهولا ومكث مدة طويلة بدون ان يشاهد والحالة التي ذكرها دبواس كان الورم فيها مستديرا وجدرانه ملساء شفافة وكان شاغلا للجزء المقدم السفلي من اللسان ومنعزلا بالكلية عن ارضية الفم وليس له تعلق بقيد اللسان الذي كان موضوعا امامه ولم يحصل منه عائق في حركات اللسان ماعدا الحركات التي يستدعيها مسك الحلمة والمشاهدة التي شرحها استول ~~كان~~ الضفدع ذمعا مستطيلا موضوعا تحت الجزء المقدم الايسر من اللسان وملتصقا بارضية الفم على جانب القيد وامامه فكان ذلك القيد كانه محو بالكلية كافي مشاهدة بليار وبالجملة كان هنالك تراكم لعاب في قناة وارنون اعنى ضفدعا شبيها بالضفدع الذي يشاهد كثيرا في البلغين

في تلك الاحوال الثلاث يشاهد للضفدع النوعان اللذان ذكرهما الطيب لافيه في حواشي عمليات ديونس ويقرب للعقل كما ظن دبواس ان الوضع

الخاص للورم الذي شاهده ناتج من الاستطالة العارضية لقناة وارثون على
الجزء المقدم للسان ويكنى ضربة مبضع هنا لاستفراغ الورم فبذلك يسهل الرضاع
ويتم الشفاء واما الطبيب استول فالترزم ان يستأصل الورم واطن ان المناسب
في جميع الاحوال استعمال هذه الطريقة حال انتهى
وكثيرا ما يعتري الاطفال ورم التكفة ولا يختلف عن ما في الكبار البالغين
وعلاجه فيهم واحد وانما يراعى فيه السن والمزاج

القسم الثاني
في امراض الجزء الخلقى من القناة الهضمية

نريد ان نبحث هنا عن آفات اللهاة وقوائمها واللوزتين والبلعوم وفي هذا
القسم ثلاثة فصول

الفصل الاول
في عيوب التكون في تلك الاجزاء

عيوب التكون في اللهاة يقوم بالاكثر من انقسامها انقسامات ناما او غير نام
وقد تكلمنا على ذلك سابقا وعلى العوارض التي تنجم من ذلك والاحتراسات
التي يلزم مراعاتها حيث تدمد الارضاع قال بليار وما شاهدت اصلا ان عظم
طواها يضر بالازدراد ويستدعى قطع الغلصمة في المولودين جديدا وسيأتى
لنا ذكر التهابها

واما تغير شكل البلعوم فهو انه قد يوجد البلعوم في جثث الاطفال ضيقا جدا
وربما غلب على الظن ان ذلك نتيجة انقباض في العضلات العاصرة له لكن
نوجد مع ذلك قاعدة اللسان كثرة اى ضيقة السطح والتباعد بين قرني العظام
اللاحي قليلا جدا بحيث يقرب للعقل ان هذا الضيق ناشئ من عيب في التكون
فاذا وصل الضيق الى درجة عالية نتج من ذلك عسر عظيم في الازدراد كما في
بعض مشاهدات بليار فاذا شوهد مولود يعسر عليه ازدراد اللبن الذي يسقى له
او يمتصه من ضرع امه لزم قبل ان يجزم بان ذلك ناشئ من التهاب في اعضاء
الازدراد ان يبحث مع الانتباه في شكل اللسان الذي ضيق سطحه يتوافق غالبا

بل دأتماع ضيق البلعوم وذلك البحث لا يخلو من منفعة فان الطبيب اذا تحقق ذلك حينئذ يلزمه ان يقصر امره على ان يسقي الطفل مع الاحتراس كمية قليلة في كل مرة اما في غير ذلك من الاحوال فيأمر باستعمال الوسائط الخاصة بمقاومة الالتهاب

الفصل الثاني

في الاحتقان الدموي في اعضاء الازرداد

كل من الالهة والحلقوم في المولودين يكون غالباً عند الولادة محتقناً بالدم احمر ولا سيما البلعوم فان احتقانه يكون واضحاً جداً وذلك الاحتقان يكون اعظم كلما شوهد الطفل في زمن اقرب لولادته قال بليار ولا دري جيداً السبب الذي ينسب له ذلك ولكن الواقع كذلك فيلزم ان تنتبه له الاطباء حتى لا يتنبه عليهم الاحتقان البسيط الخفيف بالالتهاب وقد بحثت في بلعوم كثير من المولودين مع غاية الانتباه فاستنتجت من ذلك ما سيدركون ذلك البحث في مائتي طفل عمرهم من يوم الى عشرة ايام وما نوا با مراض مختلفة فرأيت مضيق الحلق محتقناً في مائة وتسعين وكان ذلك الاحتقان في الغالب متساوياً منفرشاً واحيائياً لا يظهر الاعلى شكل فقرعات تختلف في الوضوح ولم اجد بينه وبين حالة القناة المعوية تعلق مهم وانما له نسبة وارتباط في المدة والشدة باحمرار الجلد حيث يوجد ذلك في المولودين مدة ثمانية ايام او عشرة من ابتداء حياتهم فاذا ن يظهر ان هنالك نسبة خاصة بين المجموع الوعائي للجلد والوعائي للقوم ومضيق الحلق من حيث ان هذه الاجزاء يوجد فيها زمن الولادة احتقان دموي مدته في الجميع واحدة فلا ينبغي ان ينسب وجود ذلك اسبب عرضي لان مثل ذلك يحصل لجميع الاطفال وفي جميع الاحوال وبه تعرف المشابهة بين المجموع الجلدي والغشاء المخاطي للحلق في الحساسية وقابلية التهيج ويثبت تلك المشابهة اثباتاً واضحاً بظهور الذبحة في ابتداء بعض الامراض الجلدية او في سيرها والورتان وان كانتا قليلتا النمو في الاطفال الصغار الا انهما قد يشاركان الاجزاء المجاورة لهما في الاحتقان فانهما كثيراً ما وجد عليهما في الرمة طبقة

الفصل الثالث

في التهابات هذه الاجزاء

سمى المؤلفون بالذبحة الحلقية والبلعومية واللوزية التهاب هذا الجزء من القناة الهضمية فادخلوا في هذه الذبحة التهاب اللهاة والالتهاب اللوزي والبلعومي نعم يندراقراد كل من تلك الالتهابات على حدته وانما الغالب استيلاء الالتهاب عليها مجتمعة او متتالية وقد سبق لنا الالتهاب الحسكي في امراض اجزاء الفم وانه يكون اريثيمياويا ومع تغير في الافراز يبقى علينا هنا التهاب اللهاة والالتهاب اللوزي والبلعومي منفردا كل منها ومجموعة وفي هذا الفصل اربعة مباحث

المبحث الاول

في التهاب اللهاة

هذا الالتهاب وان دخل في اجزاء الفم الا ان الاولى هنا ذكره في الاجزاء الحلقية لغور وضع اللهاة وان كان الغالب حصول التهاب مع التهاب سقف الحنك واكثر من يصاب به الاطفال الصغار الدمويون واسبابه فيهم البرد الرطب وبرد الجسم عندما يكون عرقا والتغيرات القعائية لدرجة الحرارة والرطوبة وادنى تأمل يكفي لمعرفة فيشاهد في عمق الحلق الغشاء المخاطي للهاة وقوامها احر منتفخا والغلصة مستطيلة معلقة نازلة على قاعدة اللسان ونشكو المرضى اذا كن اهلا للشكاية من الجفاف والالم والحرارة في جميع هذه الاجزاء ويعسر عليهم ازدراد الاجسام السائلة وسيما اللعاب والنعشمة التي تنتج من ملاسة الغلصة للسان تحرض حركات ازدراد مستدامة بل وغثيانا واحيانا سعالا ويضم لذلك الصوت الاغن ورجوع للشروبات من الحفر الاتقية وتغير طعم الفم والطلاء المصفر على اللسان وبعد الايام الاول يحصل افراز مخاطي كثير فاذا شاركت اللوزتان اللهاة وقوامها في التهابها انتفختا وظهرت فيهما علامات الالتهاب الاتية فتغطيان بطبقة مخاطية سنجابية

او تذبذوع عليهما تجعدات مبيضة دهنية والم اجزاء الملتببة يكون شديد الجيـ
يعسر على المريض ان يبعد فكليه ويخرج لسانه ليبحث في حلقه وقد يتكون
صديد في سمك اللهاة فاذا امكن مشاهدة هذا العضو شوهد متغير الشكل
ويريد الصديد في سمك احدى القوائم فيرفع الغشاء المخاطي للهاة قرب اسناخ
الاسنان الاخيرة وحينئذ ينقرز غالبا مخاط كبير ولعاب خيطي وكثيرا
ما تكفي هذه العلامة وعدم تباعد الفكين لتشخيص هذا الداء مع تكون الصديد
ومن النادر ان يعجب هذا الالتهاب عطش وحرارة جلد وتواتر نبض الا اذا
كان في ابتدائه فاذا حصل ذلك عرضت قشعريرة وبعد بعض ساعات تزول
تلك الاعراض عادة ولا ترجع

والالتهاب اللهوى المزمن يتبدأ بقليل حرارة وجفاف في الحلق وتالم عند
الازدرداد ومنظر الغشاء الملتبب يكون اما بان ترسم عليه فريعات
وريدة تختلف في العدد والسعة واحيانا يكون احمر شديد الحمرة واحيانا يكون
مزرقا ويحتوى على بعض نكت مسمرة موضوعة غالبا على القوائم او يكون
لونه شديد القمامة في جميع سعته واحيانا تذبذ فيه نقط حمر كأنها
بثور صغيرة

ومدة الحاد يندران تكون طويلة والغالب الانتهاء بالتحلل اما من ذاته
او باستعانة الصناعة وقد ينتهي بالتقيح كما ذكرنا لكن ذلك نادر وفي تلك الحالة
قد تحصل الغنغرينا عقب ذلك وهذه هي حالة ثقله لانتهائها حينئذ غالبا
بالموت ويثقل ايضا بمضاعفته بالتهاب اعضاء الهضم واعضاء التنفس لكن
الخطر حينئذ ليس آتيا منه واما المزمن فمدته طويلة في الغالب ويستعصى
على العلاج القانوي ثم بعد الموت قد لا يشاهد اثر للالتهاب فان الغشاء المخاطي
الذي كان احمر قبل الموت يصير بعده منتقع اللون او عديمه بالكلية فاذا
بقيت آثار الالتهاب شوهد احمرار وانتفاخ او تقرح او تقيح او غنغرينا
او طبقة غشائية سنجابية مغطية للغشاء وتلك هي الصفة الواصفة للالتهاب
واما العلاج الخاص للالتهاب اللهوى فهو ان الخفيف يزول عادة بنفسه

او بالوسائط

او بالوسائط البسيطة كحمامات القدم البسيطة او الخردلية الخفيفة وبترشع
 فم الطفل بالمرخيات العسلية الوردية الخلوية التي قاعدتها مغلى الشعير
 او الخطمية وبالضمادات ولف العنق بالصوف وبالمشروبات المحللة فاذا كان
 الالتهاب شديدا كانت تلك الوسائط وحدها غير كافية واضطر حينئذ لبعض
 استغراغات دموية بنحو العلق فتوضع علقتان او ثلاث للصغير على حسب سن
 الطفل وقوته وشدة الالتهاب على الجزء المقدم الجانبي من العنق ويكرر
 زمنافز من امدام الالتهاب مستدعياله فاذا لم يحصل التخفيف بذلك سر يعا
 كان الغالب على الظن تكون صديد في الاجزاء الملتبته وربما اضطر في المقدم
 في السن للفصد العام ثم وضع الضمادات على العنق خصوصا بعد وضع العلق
 ايضا ويجتهد في شغل الطفل والهائه ليقل صياحه ويسقي المشروبات المناسبة
 المرخية والمسكنة والعناية خصوصا ورفعه رأسه عند الاضطجاع وتكون
 حرارة محله لطيفة ويجتهد ايضا في تقليل حركاته العنيفة للازدرد والاندفاع
 واتكن مشروباته قليلة السكرية والحرارة بل يصح ان تكون باردة اذا تحملها
 المريض وذلك كله مع الحمية القاسية مدة دور الحدة فاذا ذهب هذا الدور ضم
 للوسائط السابقة الحمامات الحارة الخردلية واذا كان الطفل متقدما في السن
 وضع له لزق من الخردل واخلط على الساقين ولا بأس ايضا بالحقن المسهلة وشرب
 المغليات الملبنة اى المسهلة بلطف واذا تأتى غرغرة الطفل فليغرغر بالغراغر
 الحضية وتصير قابضة في آخر الداء وتركب من مطبوعات نباتية مضاف عليها
 العسل المورد واذا كان هنالك تولد طبقات غشائية اضيف على الغراغر
 بعض نقط من الحمض الكبريتي ثم اذا اندفعت الاغشية تجعل الغراغر مخدرة
 بان يوضع عليها شراب الخشخاش وسيأتى لذلك مزيد بيان في الذبحة الغلاية
 وربما استعمل المقي في ابتداء الداء سيما اذا كان معجوبا بالسدد المعدية
 التي سماها بعضهم بالذبحة الصفراوية فاذا اريد توضيح النتائج الحميدة الحاصلة
 من المقي في هذه الحالة التي فرضنا فيها ان المعدة منهجة فيكون هذا الدواء
 مضرا نقول يظهر ان هذه الاعراض الصفراوية التي زعموها اعنى التلبكات

والتهيجات المعديّة انما هي نتائج طبيعية للتهيج الموضعي الذي في النّسج فيتضخ لنا ان الغشيان وتطلب القيح ناشئان من طول اللّحماء وسقوطها على قاعدة اللسان وان الطعم الكريه في الفم انما هو نتيجة التهيج الممتد لجميع الغشاء المخاطي المغشى لهذا التجويف وان الطلاء المصفر المغطى للسان انما هو نتيجة قريبة لهذا التهيج كما يكون نتيجة بالواسطة اذا كانت المعدة ملتهبة على اتنا قد شاهدنا واكدنا ان هذه الاعراض لا يصحبها عطش ولا ألم ولا حرارة في القسم المعدي ولا تواتر في النبض ولا زيادة في الحرارة العامة مع ان هذه الظاهرات توجد يقينا اذا كانت المعدة متهيجة فقد اتضح لنا من ذلك منفعة الطرطير المقيح وعدم ضرره ولذلك يلزم ان لا يعطى هذا الدواء الا مع تحقق عدم وجود اعراض التهيج المعدي التي ذكرناها ويمنع تعاطيه ايضا للعصبيين والقابلين للتهيج والنخاف الضعفاء واما علاج المزمن فبالراحة وبقيّة الوسائط التي ذكرناها والغالب انه يكون عرض التهيج معدي فالحلاج حينئذ يتوجه لهذا الالتهاب ومن النافع له الاستحمامات المرخية المستطيلة المدة الخفيفة الحرارة وكذا الرياضة والتدبير الغذائي اللطيف ومع ذلك قد يضطر احيانا للغراغر القابضة ويظهر ان الغراغر التي يدخل فيها كبريتات الالومين او كلورور او كسيد الصوديوم اقوى في النفع وقد نبج احيانا الكي السطحي بنترات الفضة بعض مرات وشئنا بذلك الداء مع انه مكث مستعصبا على جميع الوسائط مدة اشهر

المبحث الثاني

في الالتهاب اللوزي

التهاب اللوزتين يسمى عند المؤلفين بالذبحجة اللوزية وهو كثير الحصول للاطفال لكن يظهر انه في الاطفال الرضع اقل مما في سن متقدم عن ذلك بخلافه في البالغين فانه لا يصيب منهم الا اللينفاويين واكثر حصوله في الربيع والخريف فلذلك انما ينسب للتغيرات القحطية في درجة الحرارة التي تحصل كثيرا في هذين الفصلين وليس بنادر مشاهدته في الشتاء زمن البرد الشديد ويكون سببه حينئذ

المرو من المساكن الكثيرة الحرارة الى الهواء البارد الذي في الخارج فاقوى اسبابه هو تأثير البرد خصوصا اذا كان الجسم حارنا سواء اثر في اليدين او الرجلين او المنكبين او العنق وكذلك الرطوبة عدت من اسبابه ومثلها الاغذية الحريفة وتنبه المعدة ثم تارة يظهر فجأة وتارة يبطئ في الحسالة الاولى فيحصل شعيرة شديدة كما في ابتداء نوبة الحمى المتقطعة ونمكت قليلا ثم تبدل بحرارة قوية في جميع الجسم ويتواتر النبض ويعرض للطفل عطش واعراض اخرى معدية وخفية وتطول تلك المدة بعض ساعات او بعض ايام ويعقبها عرق وهبوط في الاطراف ولا يستشعر المريض بألم ازدياد الريق والمشروبات الابعة هذا الدور فاذا بحث فيه حينئذ وجد النبض ساكنا وحرارة الجلد طبيعية ولا يظهر من الطفل حالة عطش ولا وجع في الرأس وانما يبقى معه غثيان وتغير في الفم واللسان يغطي بطلاء اصفر ليوني وتدل اللمسة وتوجد احدى اللوزتين او كلاهما حمرة منتفخة وسير الداء من حينئذ يكون كما اذا ابتداء يبطئ فيحصل للمريض عسر الازدياد وكان في حلقه جسا غريبا وانفاسا ويحجر الطفل المميز بان الم الحلق اخذ في الزيادة ويتعرض عنده على الدوام حركات الازدياد ويأخذ هذا العرض في الزيادة دائما واحيانا يصير غير ممكن ويزيد انتفاخ اللوزتين ويسيل من فمه مادة مخاطية لزجة خيطية لا تنفصل من عمق الحلق الا بعسر فاذا كانت اللوزتان منتفختين صار التنفس عسرا ويحصل للطفل زمنا فزمننا نوب اختناق ناشئة من تراكم مادة مخاطية في الحلق تضيق ممر الهواء وربما استشعر بعظم هذه الغدد من الخارج بحيث يتكون منهما تحت الجلد اورام مستديرة يابسة فاذا كان الالتهاب شديدا اشارك العنق الاعضاء فيه فينتفخ ويكون لون الجلد فيه بعض وردية

ثم قد لا يمكن البحث في باطن الحلق لتأكد درجة الالتهاب والانتفاخ في اللوزتين وقد يشتد الام بحيث لا يطيق المريض ان يوضع على لسانه جسم لاجل انخفاضه حتى يشاهد محل الداء واحيانا اخر لا يمكن تباعد الفكين وانما يمكن ادخال اصبع حتى يذهب اللوزتين لتتفقد حالة انتفاخهما ويوسهما

فاذا لم يوجد ذلك التعسر كما هو الغالب بحث الحلق في ضوء شديد او بمساعدة
 ضوء صناعي بعد خفض اللسان بالاصبع او بلوق او ملعقة صغيرة فيشاهد عظم
 حجم اللوزتين ومجاورتها قوائم اللهاة من كل جهة وتقاربهما لبعضهما
 بسبب اتقاهما بحيث يتلاصقان احيا نالولا يتركان بينهما الامسافة ضيقة
 واذا اندلعت اللهاة ضيقة ايضا ويوجد الغشاء المخاطي المغشي لهما احمر
 ويكون اولا جافا ثم فيما بعد يغطي غايبا بمادة مبيضة دهنية منتشرة على هيئة
 صفائح او على هيئة طبقة سنجابية غشائية سفتكم عليها في الذبحة الغلالية
 وقد لا تكون تلك الطبقة وتبقى الغدد محمرة حمرة شديدة ويتدران يكون
 التهاب مقصورا على اللوزتين واتما الغالب امتداده الى اللهاة وقوائمها
 بل الى بوق استاكوس فلذلك يحس بالآلم في الاذن اذا ازدرد الطفل شيئا وتارة
 بعد بيلة ايام من التهاب تجس الاعضاء بالاصبع فيستشعر بليتها بل قديميز
 احيا نال التوج فيها فيظهر الخراج برأس وينفتح عند فعل حركة عنيفة للآزدرد
 او اقلاع الخامة والتي اوفى مدة النوم وتخرج منه كمية من الصديد
 قد تكون قليلة تغلن بها رأ تحتها والغالب ان القرحة لا تنطف الا بيطي
 ولكن جذراتها تضم ويتم الالتحام واحيا نال يمتد التهاب الى جلد القسم
 تحت الفل وصديد التهاب يجتمع مع الصديد الآتي من المنسوج الخلوي
 الكثير في هذا القسم فيخرج الى الخارج من هذا الطريق وفي بعض الاحوال
 التي من السعد ندرتها يظهر التهاب عظيم فيفصل الصديد سعة عظيمة من الجلد
 عن ماتحتها وينتشر في طول الجذوع الوريدية والشريانية ويتقد في الصدر
 فيسبب وجوده فيه عوارض التهابية سريعة الاهلاك وفي احوال اخر
 اذا ضغطت اللوزة بالاصبع خرج منها الصديد المحتوية عليه من قحمة تحصل
 فيها بنفسها

ويضم لتلك الاعراض الاعراض العامة اذا كان التهاب اللوزي شديدا
 كالحرارة وتندية الجلد وتلون الوجه تلونا قويا والسهر والعطش اللطيف
 والطلاء المبيض او المصفر على اللسان بدون احمرار طرفه ولا جانبيه وصلابة

النبض وامتلاؤه وتواتره واحمرار البول وحرقة خروجه وتارة يكون الجلد حاراً جافاً مع ألم في الرأس والقسم المعدي يتحرض بالضغط ومع عطش شديد واحمرار طرف اللسان وحوافه موصغر النبض وزيادة تواتره ودوام الغثيان ومن المهم عدم اشتباه هاتين الحالتين ببعضهما فإن أعراض الحالة الأولى تدل على تشارك القلب والاوعية الغليظة في الالتهاب وأعراض الحالة الثانية تدل على التهاب الغشاء المخاطي المعدي المعوي بحيث يوجد التهاب معدي معوي مصاحب للالتهاب اللوزي وينبغي تمييز هاتين الحالتين المرضيتين عن حالة ثالثة كثيراً ما تصاحب الالتهاب اللوزي وهي تعجن اللحم والطعم الكريه وتنفس وكثرة تطلب القيء فإن بعض الأطباء ظن أن هذه الأعراض أعراض تهيج معدي يلزم مقاومته مع أنها أعراض موضعية خلصة لأن تغير الطعم وتثانة النفس ناشئان من تغير المادة المخاطية الغمية بسبب التهاب الغشاء المخاطي المغطى للوزتين وسريان ذلك الالتهاب لبقية اللحم فيكون ذلك الالتهاب مصحوباً بتغير في الإفراز وذلك التضاعف كثيراً للحصول للأطفال لكن وجود هذه الرائحة النتنة في المولودين المصابين بهذا الداء نادر وأما الغثيان فمعرض من التهاب اللهاة أو من ملامستها لقاعدة اللسان بل من هذين السببين معا والذي يدل على أن الالتهاب المعدي غريب عن أحداث تلك الأعراض هو عدم تواتر النبض والحرارة الاعتيادية للجلد وسيا القسم المعدي وحساسية هذا الجزء والعطش ولو كان الغثيان عرضاً لالتهاب المعدة هنا العجبه عرض من هذه الأعراض ومعرفة ذلك أمر مهم في العلاج

ومدة سير هذه الأعراض سواء الموضعية والعامية سريعة في الغالب كدلالة أيام أو أربعة ويندر أن تطول إلى خمسة عشر وذلك انما يحصل إذا انتقل الداء لحالة الإزمان بل قد يجاوز هذه المدة وانتهائه الاعتيادي هو التحلل وقد ينتهي بالتقيح وأحياناً بالتبئيس ونادراً بالغثيرة وسياً في الأطفال الصغار فإذا تكرر حصوله انتهى بأن يترك في الغدة احتقاناً عظيماً وضخامة تعرض الغدة لتجدد الالتهاب فيها فيدوم تعب الطفل ويضطر للاستئصال وأما أذا

هذا الداء فيندر ان يكون خطرا اذا وجد وحده مالم ينته بالغفريتنا او يصحبه
فلغمه ونى تحت الفك

والعلاج الخاص بالتهاب اللوزتين يكون بالعلق على العنق ويكرر مادام
الالتهاب موجودا ويبعان تأثيره بالحمامات القدمية المخردة والضخادات
المرخية حول العنق والغراغر من مغلى الشعير واللبن القاتر المحلى وبالمشروبات
الحلوة اللعابية القليلة السكرية او الحمضية قليلا اذالم تحرض السعال
وبالمغليات المليئة اى المسهلة بلطف كالتمر هندي والخيار شنبور او بالحقن المسهلة
اذا كان هناك امساك لكن فى الغراغر خطر وهوانها موزمة فى الابتداء ثم تزيد
فى الالتهاب بما تستدعيه من الحركات العنيفة وطول مكثها مدة مما فى عرق الحلق
غير ان السائل اللطيف المركبة منه يكون كحمام موضعى يحدث نتايج جلية قال
بليار او ظن ان من غير النافع اعطاء مقيء للاطفال المصابين بالذبحة اللوزية لان
معهم من قبل ذلك ميلا للتفايى الذى يظهر انه يزيد فى مرضهم ولا ينقصه وانما
الاحسن مضادات الالتهاب وبعض الاطباء ذكر انه نفع معه وضع علكة
او علقتين على نفس الغدة وانه لاجل التحرس من ازدراد هذه الحيوانات يتخذ
فى كل علكة قبل وضعها خيط يجعل طرفاه من الخارج غير ان هذه الوساطة
عمرة جدا على المريض بل وعلى الطبيب ويظهر ان منفعتها غير عظيمة حتى
تقاوم هذين الخطرين ووصوا ايضا بتشريط الورم لكن ينبغى اعتباره ذلك من
التوابع فلا يستعمل وحده وانما يكون مع الوسائط السابقة ومع ذلك لا يخلو عن
منفعة وهى تقليل الالتهاب بسيلان الدم والغالب ان الالتهاب اللوزى البسيط
ينقاد لهذه الوسائط اذا بودر بلاستعمالها بقوة لكن قد تكون ضعيفة المنفعة
فاذا شوه ذلك كان الغالب على الظن انتهاء الالتهاب بالتقيح فاذا كان لا بد
من ذلك ينبغى تلطيف شدة الاعراض الموضعية بالوسائط السابقة وينظر فتح
الخارج من ذاته اذالم يكن التعب شديدا فان كان الورم كبيرا الحجم وتعب المريض
منه وتأخر فكه عمل فيه شق يخرج منه الصديد بمشرط او بمضع كبير يلف
عليه الى قرب سنه خرقة ثم يؤمر بعد ذلك بالغراغر اذا تيسر للطفل استعمالها

وبالجمل

وبالجملة تستعمل المنظفات باى وجه كان مع اضافة بعض نقط عليها من الحمض
الكبريتيك او الادروكلوريك او من العسل المورد او الخل وفيما بعد تصير قابضة
بان تركب من ماء زهر الورد او قشر الرمان او الغصص مضافا عليه بعض قعجات
من كبريتات الحديد او النحاس او الاوكسيد الشبي والبوتاسه فاذا شوهدمع
اعراض الداء اعراض التهاب القلب او المعدة عولج كل بما يناسبه فاذا شوهدت
الاعراض الخاصة بشدة الالتهاب اللوزى اعنى التى جعلناها حالة نالته
فيما سبق وهى التعجن وتثانة النفس وغير ذلك لزم الامر بالمقى فانه سريع النتيجة
فى ذلك لان الالتهاب يزول به فى يوم الاستعمال اوفى اليوم التالى ومن المغم
ان ذلك قد لا يمكن استعماله لبعض الاطفال واذا انتهى الالتهاب بالتبيس
او انتقل لحالة الازمان كان من الخطر على المريض ترك التدبير الغذائى
وتعرض القدمين لادنى برد فيكون الشخص معرضا لتجدد التهاب مؤلم متعب
جدا يزيد ايضا فى انتفاخ الورم ولكن يمكن بالعلاج مع طول الزمن زوال
الاحتقان بتكرار وضع العلق والغراغر المرخية والقابضة وبالمصرفات غيرانه
اذا طال الزمن لم تنفع هذه الوسائط ويكون المريض معرضا للاختناق فلم يبق
الاعلمية الاستئصال وهى احدى عمليات اشار بها الجراحون هنا وهى الكى
والشق والاستئصال والربط وازالة جزء من الورم اما الكى فقد ترك بالكلية
لانه ان كان بالنار فخرج للمريض ويحصل منه تقرح وتقرح الغدة سريع
السير واقتصاد خصوصا فى الاطفال وان كان بنحو البوتاسه فهو بطئ الفعل
فلذا يحتاج لاوزاع متعددة وذلك لايخلو عن خطر تجديد شدة الالتهاب
والتقيح السريع السير كما علمت واما الشق او التشريط فهو وان شفع فى ازالة
الانتفاخ الالتهابى الا ان ضخامة الغدد لا يتفع فيها التشريط فلذلك هجر بالكلية
ايضا واما الاستئصال فمكن واشار به سلسوس ومدحه الا ان فيه تعسرا
لعله لم يعرفه ولذلك هجر سابقا بالكلية ولكن اذا فعل الاستئصال بالاصبع
كما اوصى بذلك سلسوس لم يعقبه نزيف متعب فاذا فعل فليكن بتلك الكيفية
واما الربط فامر به كثيرون لاجل استئصال جزء من الورم لكن هجر ذلك الاتن

وذلك انه ما عدا بطي تأثير الخليط والالام التي يسببها ينتج غالباً في الاجزاء
 المجاورة له التهاباً شديداً يتسبب عنه حالة مغمة من عسر التنفس والازداد
 واما قطع جزء من الغدة فهي في الحقيقة العماية المعقولة لفخامة الغدة وهي
 غير الاستئصال لان الاستئصال يعرض لاصابة الشريان السباتي الباطن
 الذي لم تنفصل عنه الغدة من الوحشية الا بالعضلة العاصرة العلوية للبلعوم
 وهي قليلة السمك وقد شاهد بكلار في بلده حصول هذا العارض من جاهل
 اراد ان يستأصل الغدة بمشرط حاد فلما عرض التزيف قطع عمله ومات المريض
 من ذلك بسرعة وهرب هذا الجاهل ولما فكت الرمة وجد المصاب هو السباتي
 الباطن ولقد حصل في كيفية استئصال جزء الغدة والآلات اللازمة للعملية
 تنوعات كثيرة ولكن يكفي لذلك مشروط ذو وزير وكلاب اما الكلاب المزوج
 اموزوس المسمى بجفت موزوس واما كلاب مرحولين المزوج الذي اخترعه
 لذلك وجعل في يده دافعاً مزدوج الطرف يمكن على حسب الاحوال تقريب
 الشعبتين او تبعيدهما عن بعضهما باسهل من جفت موزوس والمريض يجلس
 تجاه محمل نير واذا كان طفلاً صغيراً اخذ مساعداً على ركبتيه والجراح يجلس امامه
 ويخفض قاعدة اللسان بسبابة يده اليسرى اذا كان العمل في اللوزة اليمنى
 وبالعكس اذا كان العمل بالعكس ويمسك الآلة المعدة لمسك اللوزة باليد الاخرى
 سواء كانت جفت موزوس او كلاب مرحولين ويشبكها في اللوزة المريضة
 من الخلف ويجذبها بلطف الى الامام والانسية ثم يأخذ المشروط ذا الزر باليد
 التي كان مستعملاً سبابتها لخفض اللسان ويوجهه على ظهر ذلك اللسان ويكون
 حده القاطع متجهاً الى الاعلى ثم يقطع به قطعاً واحداً نحو الثلاثة الارباع السفلى
 للوزة على محاذة قوائم اللهاة ويذهب به بدون ان يخرج منه من اللحم للجزء العلوي
 من الورم قاطعاً به من اعلى الى اسفل اللسان المتعلق به في الحلق ويخرج جزء
 الغدة المقطوع مع الآلات كلها ثم بعد العملية يسيل مقدار يسير من الدم
 وينقطع بنفسه ويجعل قطعه بالغراغر بالماء البارد او الخلطة قليلاً فاذا كانت
 الغدتان معاً مصابتين علمت الثانية بعد الاولى حالاً وبعضهم وضع بين القوسين

السفين لمنع انطباقهما مخروطا من خشب الخفاف له ميزاب علوى وميزاب سفلى لكن ذلك غير لازم وتلك العملية قد تتعسر في الاطفال ولكن لاتعنى ان اللوزة متى شسكت بالكلاب انقطع صياح الطفل وفعله حركات عنيفة لاجل طبق فيه فلاجل التحرز من الحركات التى يفعلها هذا الصغير دائما في هذه الحالة يصح ان يلف جسم الطفل واطرافه العليا بملاة كما فعل ذلك دويوترن ويجلس بتلك الحالة على ركبتى المساعد ثم في الايام الاول من بعد العملية يلزم المريض السرير المسخن قليلا ويوضع قطن في اذنيه ويلف عنقه بمنديل مسخن ويفرغ اذا تيسر زمانا فزنا بسائلات ملطفة ويغذى باغذية قليلة القوام وبالجملة يحتس عليه من الاصابة بالحناق او الذبحة والغالب ان الجرح يلتحم بعد ستة ايام او ثمانية وهناك عوارض تعرض مدة العملية او بعدها تكدر الجراح فمن الاوائل الغشيان والقيء والام فالغشيان والقيء في القابلين جد للترجيع ربما يلزمان الجراح بآخرة العملية لوقت آخر وفي تلك الحالة يتأذى للبالغين التعود على الملامسة بوضع اصابعهم او اجسام غريبة في داخل افواههم واما الاطفال الصغار فيعسر تعودهم على ذلك ولكن يظهر ان ذلك فيهم قليل واما الالم فليس عظيم شئ لان الذى يكابده المريض انما هو تعب الالم حاد وقد يعرض بعد العملية التهاب البلعوم لكن ذلك لا يستدعى سوى العلاج المخصوص به واحيانا يصاب الجزء الباقي من اللوزة بسفنا قلويس اى الاكلة كما شاهد ذلك مر جولين واما النزيف بعد العملية فقد يكون كثير لكن ذلك نادر ويعرض بعد جولة ايام من العملية ولكن خطره قليل

المبحث الثالث

في الالتهاب البلعوى

يسمى هذا الالتهاب حقيقة بالذبحة البلعومية وبالذبحة الحلقية فهو التهاب الغشاء المخاطى المغشى للبلعوم وهو الجدير بان يسمى بالالتهاب البلعوى وان امتد في الغالب للوزتين واللهاة وقواجمها بل والحفر الانفية ويعسر جدا ان يحدد بالضبط الالتهاب في جزء كذا او كذا من الاجزاء بحيث

تكون الاجزاء الاخرى سليمة منه اى غير مشاركة له في الالتهاب وكذا يعسر ايضا ان يعرف كون الالتهاب في الجزء العلوى او السفلى من البلعوم كما فعل بعض المؤلفين وذ كر لكل منهما علامات مخصوصة فاذن نجعل الالتهاب هنا عاما لجميع الاجزاء التى توجد فى عمق الفم ونصفه بالصفات الآتية

فن اسبابه الكثيرة الحصول تأثير البرد وتسميما الرطب على جزء من الجسم وتسميما الازرام وتعاطى الاغذية المنبهة وتسميما لاطفال الصغار ومثلها الشروبات الشديدة الحرارة او البرودة والجسم عرقا والطفولية والمزاج الدموى مهينان له وشوهد ملازمته لبعض الاندفاعات الاجرتيماوية وتسلطه تسلطنا وباتيا في الازمنة التى فيها تغيرات فجائية لدرجة الحرارة ومن الاطفال من يكون موضوعا له فيظهر فيه مرات بدون ان يعلم سببه ولكن في هذه الحالة يكتسب شكلا من منا

واعراضه لا تخرج عن الاعراض التى ذكرناها لالتهاب اللهاة وقوا آثمها واللوزتين من الاحمرار وعسر الازرداد ولكن يعسر معرفة هذا الالتهاب في المولودين لانهم كما قلنا يكونون حين الولادة في حالة احتقان عام منظره يشبه الاحمرار الالتهابى ومع ذلك يصح في هذه الحالة ان يستعان على تشخيصه بالاعتبارات الآتية وذلك ان احمرار الحلق والبلعوم في الاطفال المولودين يعتبر كونه التهابيا أولا اذا جاوزت مدة هذا الاحمرار الزمن الاعتيادى لزوال الاحتقان الحلقى كعشرة ايام واثنى عشر مثلاً وثانيا اذا لم يكن ممتدا باستواء على جميع اجزاء الحلق وانما كان شاغلا لمحال منعزلة عن بعضها وثالثا اذا وجد مع الاحمرار شئ من الاعراض التى ذكرناها سابقا للذبة الحلقية ورابعا اذا وجد هذا الاحمرار في زمن لا يكون فيه حالة طبيعية واما الالم الذى هو علامة في الكبار لهذا الالتهاب فلا يعلم من الاطفال الرضع الامن ضجرهم وقت الازرداد واما التنفس فيكون سهلا مادام الالتهاب لم يستول على عضو من اعضائه بخلاف الازرداد فانه يأخذ في العسر شئاً فشيأ بل قد يصير احيانا غير ممكن ولولا اجسام السائلة التى لا تحتاج بالنسبة للاغذية الجامدة الى

انقباض

انقباض عضلات البلعوم فتسذف من الانف مع حركة سعال عنيفة وانتفاخ
 الغشاء الملتب لا يكون عظيما وانما اللهاة قد تكتسب جمعا عظيما بحيث تستند
 دائما على قاعدة اللسان فتحدث نغمة ينسب عنها حركات عنيفة مستدامة
 شاقة للاندفاع والقيء وربما امتد الالتهاب لبوق اوستاكيوس فيحس المميز
 بالجهة الاذن واذا وصل الداء لتلك الحال صحبه حمى شديدة وعطش محرق
 ثم فيما بعد يحصل عقب جفاف الحلق افراز كبير لمادة مخاطية خيطية لزجة
 لا يحصل اندفاعها غالبا الا بعد حركات عنيفة مصحوبة بغثيان وفي بعض
 الأشخاص يبقى الالتهاب سطحيا فيكون التهابا رقيقا ويا في الغشاء البلعومي
 الحسكي وفي بعض اخر يات ب التهاب المفسوج الخلوي الذي تحت الغشاء المخاطي
 وتكتسب الاعراض حينئذ درجة عالية ويعلم منها العلامات الخاصة بالتهاب
 المفسوج الخلوي وحيتئذ ينتهي الداء غالبا بالتقيح ويندر ان تمتد الذبحة الخلقية
 زيادة عن اسبوعين والغالب ان يشاهد نقص الاعراض بعد سبعة ايام او ثمانية
 بل ربما ذهبت بالكلية والغالب انتهاء الداء بالتحلل ومتى شفي منه طفل كان قابلا
 للعود له مرات اخرى وفي كل مرة تقل سهولته للتحلل ويكتسب حينئذ شكلا
 مزمننا قبيح الاعضاء حافظا لزيادة حجمها ويعسر رجوعها لجمها الاول ويندر
 الانتهاء بالغثغرينا بل ربما لم يشاهد ذلك في الاطفال فلا توجد فيهم الرائحة
 التنية التي تعلن بها في الكبار وقد ينتهي بالازمان وترجع اعراضه الى تعب
 اعتيادي في الازدحام مع الم خفيف في القم الخلقى والاجزاء القريبة له ويضاف
 او زيادة افراز في الغشاء المريض واذا وصل لتلك الحالة كان مصحوبا في الغالب
 بالتهاب عميق مزمن في المعدة او الرئة مثلا فتقل الداء حينئذ ليس من نفسه
 وانما هو من المصاحب له واذا انتهى بالتقيح وذلك نادرا كان المعلن به شعيرة
 غير منتظمة ويحس بحركة وخز في جزء من الغشاء الملتب ثم يظهر تحت الغشاء
 المخاطي او تحت الجلد ورم رخو متموج يتعب التنفس والازدحام وينسفي
 المبادرة بفتح هذا الخراج حذرا من خطر فتحه من ذاته ولتختم ذلك قبل ذكر
 العلاج بمشاهدات ذكرها بليار تؤخذ منها اعراض الالتهابات الخلقية

بالتفصيل في الاطفال الرضع فالمشاهدة الاولى هي ان طفلا عمره عشرة ايام
 دخل المارستان في الخامس والعشرين من ميه وكان حصل له اضطراب
 كبير في الليلة السابقة وقاء مرآت كثيرة وذكرت مرضعته انه مريض وانه كثيرا
 ما كان يترك الثدي ويصيح ويتقايا اللبن الذي يشربه بعد زمن يسير واحيانا
 يعسر عليه الازدراد ويحرك اطرافه العليا تحركا تشجيا وكان صياحه طبيعيا
 قويا ولم يكن معه حتى قاهر له بمنقوع الزرفون المحلى بالسكر مع نصف درهم من
 شراب دياقورداى شراب الخشخاش لاوقيتين من المنقوع المذكور وغذى
 باللبن المعزوج وفي اليوم التالى بحث الطبيب بارون في فمه فرأى كالا من قاعدة
 اللسان واللهاء وعمق الحلق شديد الاحمرار فكان ذلك حاملا له على ظن
 ان المريض مصاب بالذبحة البلعومية وبعد ذلك حصل للطفل هدوء وانقطع عنه
 القيء وصارت الموكلة به تسقيه مع الاحتراس وبقي الطفل في بيت المرضى
 زمنا تامدون ان تظهر فيه اعراض عظيمة الاهتمام وفي الثامن والعشرين
 من الشهر اصيب برمد صديدي خفيف لم يمكث الا بعض ايام وفي اليوم السادس
 من الشهر التالى الذى هو جوين ظهر الموجيت على حوافى اللسان وزال
 بسرعة غير ان عسر الازدراد لم يزل موجودا بحيث كان لا يسقى الامع
 الاحتراس وكان النبض طبيعيا وحرارة الجلد اعتيادية وكانت ادويته مغلى
 الشعير المحلى والغرغرة المليئة واللبن المعزوج ثم في اليوم الرابع عشر من جوين
 شوهد ان الطفل انتحل وصار منتقع اللون وحصل في وجهه ارتشاح قليل
 وكان عرض له منذ ايام اسهال كثير من مادة صفراء سائلة وبقيت تلك الحالة
 الى العشرين من الشهر التالى اعنى جوليت فمات فيه فلما فحنت جثته
 في اليوم التالى شوهد احمرار شديد جدا مع انتفاخ محسوس جدا في البطن
 وكان المنسوج الخلوى المحيط به مرشحا بمصل ليوفى كثير والمرى والمعدة سليين
 وشوهد في نهاية الافاق بعض صفائر جرابية محتقنة قليلا وفي آخر قولون
 تلون مزرق ووجدت الكبد مسمرة قائمة ومملوءة بمدم اسود سائل ووجد احتقان
 قوى في الرئتين وبعض خطوط حمراء على الوجه الباطن للشعب والقصبية الرئوية

وكانت الحفرة الانفية شديدة الوردية مملوءة بدم متصاعد عن قريب من سطحها ولم يكن في المخ شئ عظيم الاهتمام

فوت هذا الطفل كان يقينا من التهاب قولوني حزم من سوى اصابته بالتهاب البلعوم الذي اعراضه كانت في غاية الوضوح مدة الحياة ولنبه على ان صباح هذا الطفل لم يحصل فيه تغير وانما كان الازدراد فقط شاقا عنيفا واما عدم وجود الاعراض الحمية التي تصب في البالغين الذبحة البلعومية فذلك ناشئ من سن المريض ففي هذه للمشاهدة كانت اللهاة والبلعوم هما مجلس الالتهاب واما المشاهدة الآتية فالالتهاب فهما مقصور فقط على جذران البلعوم

وهي ان طفلا عمره سبعة ايام دخل المارستان في السادس والعشرين من جنفير لاجل موجيت في القم بدون ان يكون له عرض ثقيل غير ذلك فامر له بشراب الصمغ وغرغرة مرخية ولبن ممزوج ثم في اليوم الاول من فوريير زال الموجيت غير ان الطفل كان يصبح كثيرا وبنام قليلا وصار يهزل بدون ان يكون معه اسهال وعند ما يشرب لبنا او مغليا يتقيأ حالا ولما الازدراد فليس فيه عظيم اهتمام ولم يكن بطنه منتفخا ولا متألما وفي الخامس من فوريير كثرت تجدد التي وصار يحصل بعد ازدياد الاثر به حالا وكانت اللهاة سليمة واللسان فيه بعض احمرار والطفل صار منتقع اللون مترشحا بالمصل وصارت اطرافه السفلى بالاكثر متبسة او ذيمانية فاعطى له حينئذ مطبوخ الارز المحلى واللبن الممزوج وفي اليوم التالي انتفخ البطن وعرض له اسهال كثير وحصل الموت في الثاني عشر من فوريير

ولما اقتضت جنته وجد اللسان شديد الحرارة واللهاة سليمة واما الغشاء المخاطي للبلعوم فكان احمر شديد الحرارة جدا ومغطى بكمية عظيمة من مخاط زبدى شديد الالتصاق ولم يتدأ زوال هذا الاحمرار الشديد الا من ابتدأ المريء الذي غشاه كان ورديا خفيفا وكانت المعدة في غاية السلامة وليست محتوية الاعلى بعض مخاطية خيطية والقسم اللساني الاعورى من المعاء الدقيق وجد فيه احمرار مستوي يشاهد في محاذاته تصعد دموى ووجد المعاء الغليظ سليما

والرئتان مقرقتين جيذا والقلب محتويا على قليل دم والقناة الشريانية
منسدة وثقب بوتال لم يزل مفتوحا وجيوب قاعدة الجمعية محتقنة بالدم ولب
المنخ ورديا ووجد في البطينان بعض مصل

فمنه المشاهدة تيجتها ثانوية لانه لم يكن مع الالتهاب الشديد في البلعوم
الا القى بعد الازدراد حاله هو الذي يدل على مجلس الداء وطبيعته قال بليار
ومع ذلك اظن انه يلزم ذكره هنا لان الحوادث تنضح لنا من المشاهدات
ولو بادنى صفاتها في تلك المشاهدات لم نر الا حوالا من الالتهاب الاريتماوى
للبلعوم فقط وسأنى لتساق الذبحة الغلالية مثال لالتهاب اللهاة واللوزتين
والبلعوم مع تغير في الافراز

العلاج * هذا الداء المعصى ايضا بالحلق ~~ص~~ كغراب وبالحولق يتقد غالبا
للغراغر الاعيانية او القليلة القبض ولوضع الضمادات المخزية حول العنق
وللاستحمامات القدمية المهيجة واذا كان مرتبطا بثلث معدى عولج بعلاج
هذا الالتهاب فاذا كان شديدا اضطر لوضع العلق على جوانب العنق ويكون
عدده على حسب شدة الداء وقوة المريض فاذا كان زائدا الشدة والطفل متقدما
في السن اضطر للقصد العام ثم العلق والمهاجم على جوانب العنق والقررات
الحرارية ثم الحواتل القوية وبالجملة اذا ابتدأ الداء فويلزم المبادرة باستعمال
مضادات الالتهاب القوية على حسب من المريض ويكون وضعه بحيث يمنع
الدم عن تراكبه ووقوفه في الرأس وذكر وامن الوسائط القوية للالتهابات
العميقة في الحلق وان كانت قليلة الاستعمال الاستحمامات الفاترة التي درجة
حرارتها من عشرين الى ست وعشرين درجة وتطول مدتها خمس ساعات
في كل مرة ويغمر المريض فيها الى اعلى عنقه فاذا لم يفسر هذا المكث الطويل
كررت الاستحمامات ووزعت على النهار حتى تصير مدة كل حمام نحو ساعتين
وقد يتفق زيادة الام بالغراغر بسبب حركات الاقباض التي تفعلها تلك الاعضاء
فيلزم تركها حينئذ وانما يوضع فقط في فم المريض سائلات لعابية لطيفة الحرارة
بدون ان تكون على صورة مضخمة وعند القاها يميل رأسه الى قدام فسيل

وحدها فينال بذلك حمام موضعي يمكن تكراره بالاختيار ومن المهم البحث
 كل يوم في اقصى الحلق فاذا شوهد اثر خراج في محل تامن سقف الحنك او بالعلوم
 واستشر فيه بالتوج لزوم المبادرة فقه بمن مشروط او مبضع يلف على حده
 الى قرب سنه خرقة ثم بعد فتح الخراج تستعمل الفراغر المرخية اقولا ثم نصير
 قابضة شيئا فشيئا كلما نقص الالتهاب فاذا انتهى الداء بالغنغرينا وذلك نادر
 في الاطفال لزوم مراعاة الوسائط المخصوصة بتلطيف نتائج وجود السائلات
 وامتناعها والتصعدات التنتنة التي تخرج من الاجزاء المتفجرة فلذلك
 تستعمل المشروبات المزة ومطبوخ قشور البلوط والكينكينا والحوامض
 النباتية او المعدنية وكلو رور الصود او الكلس مخلوطا بالفراغر ويس سطح
 الخشكر يشات والاجزاء المحيطة بها باسفنجة او قلم رسم مبتل ذلك بمخلوط من
 الحمض ادر و كوريك والعسل او بمخلول نترات الفضة في الماء المقطر كتمان
 قمعات او ثلث عشرة في اوقية من ذلك الماء او بالحجر الفضي المبرى نفسه لاجل
 المبادرة بسقوط الخشكر يشة وتحديد تقدم الغنغرينا ثم اذا صار الداء
 مجرد التهاب بسيط عولج بالمعالجة المناسبة له فاذا ذهبت شدته ومع ذلك
 طالت مدته بان زاد على ثمانية ايام او عشرة لم يكن احسن بعد استعمال
 مضادات الالتهاب من الحاراريق في محال مختلفة من العنق كعلي القفا
 اذا كان فيه بعض حدة وعلى الاجزاء الجانبية بل ومقدم العنق اذا فارب الام
 العدم ولم يبق الا شبه احتقان في المنسوجات وذكروا اذا انتقل الى الازمان
 او ابتداء تلك الحالة وبقيت الغلصمة كبيرة الحجم مستطيلة انه يزل نجاح
 من استعمال الكي الخفيف للاجزاء المريضة اما بنفس الحجر الفضي او بمخلوله
 في الماء فاذا لم يكف ذلك ربما اجتيج لقطع اللوزتين او الغلصمة وما يتبع في حالة
 ازمان هذا الداء استعمال ملابس الصوف على الجلد والدلك الجاف او العطري
 والمصرفات المستطيلة المدة واف العنق بمناديل من صوف الفلايل فاذا كان
 هذا المزمن مرتبطا بحالة مرضية في اعضاء اخر لزوم علاج تلك الحالة الاصلية
 فيزول الداء بذلك

المبحث الرابع

في الذبحة الغلالية او الغشائية

هي معروفة قديماً عند كثير من الامم باسماء مختلفة كالذبحة الوبائية والخناسقية والخيشية والغنغرينية والوجع الحلقى الغنغرينى وسماها عن قريب بريتونوس دفتيريت اى التهاب الغلالى او الغشائى وسماها جرسان بالذبحة الغلالية والغشائية على حسب الطبيعة الخاصة والتغير المرضى وكانوا سابقاً يظنون ان هذه الذبحة من طبيعة غنغرينية لانهم ظنوا ان الصفحات الغشائية السنجابية المحدودة المصاحبة لنتن النفس قروح غنغرينية واعتبروا الاهداب الغشائية التى تنفصل منها خشكريشات لتلك القروح وما ظهر خطأ هذا الظن الا عن قريب بواسطة ابحاث بريتونوس وبعده جرسان فابنتان هذه الذبحة الغشائية من طبيعة الداء المسمى كروب وسيأتى لنا شرحه وان هذين الدائمين وان علم اتحادهما الآن فى الطبيعة الا انهم مالبسا آفة واحدة وليس احدهما هو الدرجة العليا الاخر كما زعم ذلك بريتونوس وايدرايه بما سيذكر وذلك لان هذه الذبحة اذا امتدت للحنجرة تولد منها جميع الاعراض الواصفة للكروب وانه لا يساهد الكروب غالباً بدون ان يوجد معه اغشية كاذبة فى البلعوم وان التجمدات الغشائية المقدوفة من المريض فى الكروب توجد فيها نفس الصفات التشريحية والكىاوية التى فى الاغشية الكاذبة المغشية للبلعوم فى الذبحة الغشائية وانه يوجد احياناً فى الحنجة الرمية غشاء كاذب فى القم الخلقى متصل بالغشاء الكاذب للطرق الهوائية فذلك كله يثبت ان هذين الدائمين من طبيعة واحدة وانهما يوجدان معاً غالباً لكن من حيث ان عندنا امور واقعية هي وان كانت قليلة يقينا الا انها تدل على ان كلا من هاتين الاقتين قد يوجد منفزلاً عن الآخر وان كلا يشغل محلاً غير ما يشغله الآخر ويكدر وظيفة غير ما يكدره الآخر ويتبدأ باعراض مخصوصة غير ما يتبدأ به الآخر فيكون من الواضح اعتبارهما مرضين مختلفين فلما اعتبر تساوياً وجعلهما شيئاً واحداً اُزِمَ بالنظر ان لا يحتاج لدراسة التهاب

المعدي والاثني عشرى والمعوى والقولونى كل منها على حدة لانها كلها من
 طبيعة واحدة ويمكن ان توجد كلها معا في شخص واحد مع ان هذا لا يصح
 نخرجنا من ذلك على انهما مرضان متغايران باعتبار المجلس فاذا قلنا انهما
 من طبيعة واحدة كان معناه ان تلك الطبيعة النهائية فيها تولد اغشية
 اذ لا يجهل احد ان الكروب من طبيعة النهائية وانما نقول ايضا ان هذا
 الالتهاب يختلف عن الالتهابات الاعتيادية لان هذه لا تنتج غالباً اغشية
 كاذبة فما السبب لهذه الخاصة الواصفة للالتهاب الذى نحن بصدده ولاى شئ
 يحجب العمل الالتهابى هنا تكون اغشية كاذبة قالوا ان ذلك ناشئ من طبيعة
 الاسباب الخاصة التى يفرض احدا منها للداء لكن نقول اولاً هذه الاسباب غير
 معروفة اذ يبعد اثبات وجود سبب خاص فى الحقيقة للذبحه الغشائية وثانياً
 ثبت بالمشاهدة ان هناك فاعلات كثيرة مختلفة تنتج مثل هذه النتيجة فالتوضيح
 المذكور غير مفيد وسنرجع لذلك قريباً فاذا حاولت المسألة بوجه آخر وقيل
 فيها ان من المحقق ان الذبحه الغشائية انما هى الذبحه اللوزية البلعومية
 الاعتيادية التى اشتد فيها عرض اعتيادى لازم لها من اعراضها نقول
 لا يلزم حيثئذ ان يبحث عن طبيعة هذا الداء المخصوص وانما يبحث عن سبب
 الخاصة التى فى هذا الداء المعروف فرجع الحال بذلك الى مسئلة غريضة تحتاج
 للتفتيش والبيان فلنذكر أولاً العلل التى ذكروها فى هذه المسألة قالوا ليس هناك
 فرق ذاتى بين الذبحه الغشائية والالتهاب اللوزى والبلعوى الاعتياديين
 فان اسبابها واحدة لانها كلها تظهر بالاكتر فى الربيع ومن تأثير البرد والحرارة
 الرطبة واعراضها الرئيسة واحدة لان فى كل منها نشاهد الحرارة والم الحلق
 وعسر الازدراد والاحمرار والانتفاخ فى اللوزتين واللهاة والغشاء المخاطى
 البلعوى ومعالجتها واحدة لان المعالجة المضادة للالتهاب تناسب بالاكتر
 الذبحه الغشائية كما تناسب ايضا الالتهاب اللوزى والبلعوى فكيف ينكر
 الاتحاد لطبيعة هذه الآفة والكروب ثم قالوا نهاية ما يمكن بينهما من
 الفرق لاجل فصلهما عن بعضهما هو وجود تجملات غشائية فى احدهما

وعدم ذلك في الآخر مع ان هذه الاغشية الكاذبة تغشى اللوزتين والبلعوم
بعد تأثير الحوامض المركزة وتغطي القروح الناتجة من افراط استعمال الزبيق
وتظهر على القروح الزهرية التي في تلك الاعضاء فاذا نلت نسب هذه الاغشية
للذبجة الغشائية فقط ولا يصح ان تعد صفة من صفاتها وزيادة على ذلك انه يوجد
قليل من الالتهاب اللوزي والبلعومي في الفصول الرطبة مع الاطفال والنساء
مع ان الغالب ظهور الذبجة الغشائية مع هذه الاشخاص في هذه الفصول
ويقل ان يوجد من تلك الآفات ما لا يكون معصوبا بصفحات غشائية
تختلف في العدد والسعة فهذا العرض ينسب لها ايضا كما ينسب للذبجة
الغشائية ويكون الفرق بين الحالتين انما هو الشدة وحدها ونظير ذلك آفات
اخر فتلا على حسب درجة شدة الالتهاب البلوراوي والاسباب التي قد تخفى
علينا احيانا نارة تنقط البلور انقط حمرة وتبقى جافة وتارة تفرز مصلا صافيا
واحيانا اخر ند فاليفية متلونة تسبح في وسط السائل الذي يطر من سطحها
واحيانا اخر ينصب في تجويفها صديدا وينتشر عليها بحيث يتكون منه
فيها بعد اغشية كاذبة ومع ذلك لا يمكن ان تجعل كل حالة من تلك الاحوال
التشر بحمة المرضية المنسوبة لمرض واحد آفة مخصوصة ولا يصح قياسا
على الحالة التي نحن بصدها ان فحترع للبلور امراضا غشائية او غلايا
لان هذه الانحرافات المختلفة لم نشاهد الا بعد الموت وكانت اعراضها في الحياة
واحدة فلتزعم ان فحجها نتائج لحالة واحدة مرضية ونظير ذلك الذبجة الغشائية
اذا لم يساعدنا النظر على تتبع ظهورها ومراراة تنوعاتها الظاهرة فلا يعلم
الانوع واحد من الذبجة كما انه لا يعلم الانوع واحد من الالتهاب البلوراوي
فلنفرض ان البلورا صارت محسوسة بالبصر وانك اخترعت لها اسما
كبلوراوي مائي وصديدي وغشائي وغير ذلك اليس الذبجة الغشائية الاصنفا
من الذبجة الاعتيادية هو اللوزي البلعومي للفصول الرطبة في الاطفال
والاشخاص الذين فيهم الافراز المخاطي كثير ومستنجات الافراز فيها استعداد
زائد لان نصير آلية فهذه هي الدلائل التي تمسك بها كثير من اطباء لاثبات

ان الذبجة الغشائية هي نفس الالتهاب البلعومي والالوزي الاعتياديين ولا تختلف عنهما الا بحالة تشريحية مرضية يقل الاهتمام بها ولا تخفى قوة هذه الدلائل مع انها عندنا غير مقنعة لاذ المشاهدة تضعف قوتها فانه اذا شوهدت الذبجة الغشائية مراراً كثيرة عرف انها عرض اخر غير الذبجة البلعومية والالوزية واذا كان هناك مشابهاً بل وصفات عامة تستدعي اختلاط هذه الامراض ببعضها كان هناك ايضا فروق رئيسة تستدعي فصلها عن بعضها ولا حاجة لان نذكر تلك الفروق هنا لانها تظهر بالطبيعة من الشرح الذي نذكره لهذه الذبجة الغشائية

الاسباب * هي في الاطفال كاسباب الموجيت لى الالتهاب القمي الغلالي فيندر حصول هذه الذبجة بحالة وفدية والغالب اصابته هذا الداء بجملة اطفال في ان واحد وتسلبه تسلبنا وباءاً وبماتت امكان انتقاله بالعدوى وتلك اول الخواص المميزة له عن الذبجة الاعيادية ويشاهد في جميع البلاد وجميع الفصول ومع ذلك يكثر حصوله في الاماكن المعتدلة والاقليم الرطبة ويظهر ان الشرط الرئيس لظهوره هو البرد الرطب ولذا كان اكثر ظهوره في الربيع ويصيب الانخفاض في سن الطفولية اكثر من بقية الاسنان بل يندراسابته للبالغين واندر من ذلك للشيوخ ثم نارة يظهر في اطفال عائلة واحدة واطفال مكتب واحد ويملكهم بدون ان يخرج من مكانهم لغيرهم ونارة يسعي اتلافه للقبيلة كلها كغيره من الداءات الوبائية المبهمة وذلك هو ما يعلم من اسبابه

الاعراض * يظهر هذا الداء غالباً ظهور المخادع واعراضه الاول تكون مقصورة على بعض حرارة في الحلق وتعب يسير في الازدراد وليس شئ من ذلك يدل على حدوث هذه الافة الثقيلة وذلك عكس ما يظهر في الكبار البالغين غالباً فانه يتدأ فهم بالحفر الانفية ثم يسعي الى البلعوم والخجرة وبعد ذلك يشكو الطفل بحالة روماتزمية في العنق بحيث يميله الى الامام او احد الجانبين وبحرارة والم شديد في البلعوم واذا بحث في الطفل مع غاية التدب له شوهد العنق منتفخاً والعقد العنقية والابطية محتقنة والوجه متورماً والاعين دامعة واذا

بحث في تجويف الفم شوهد في قاعدة اللسان واللاهة والغصنة التي هي
في الغالب منتفخة احمرار تختلف شدته من الوردى الكالح الى الاحمر القرمزى
القانى ولكن الغالب ان يكون قليل الشدة ولا يكون شديدا الا اذا صحب
الذبحة حصبة او قرمزية فالذبحة الغشائية الى ذلك الوقت لم تختلف عن
الالتهابات الحلقية الاعتيادية ومن بعد ذلك تنصف بالصفات الخاصة بها
ويشدر في هذا الدوران تجتمع الاعراض العامة مع الاعراض التي ذكرناها
وقد يوجد معها عطش وغثيان بل وفيه وشدة حرارة في جميع سطح الجسم
وتواتر في النبض

واما الدور الثاني فهو ان يشاهد بعد ذلك حالا على اللوزتين واللاهة والبلعوم
في آن واحد وعلى التعاقب صفحات غير منتظمة منظرها ابيض مصفر
وقوامها كالشحيم الجامد نعظم ثم تتلاصق وتختلط فتشغل سعة عظيمة فاحيانا
تكون مقصورة على البلعوم واللوزتين وتارة تحتوى على تلك الاجزاء والحفر
الانفية وفي تلك الحالة يكون الابتداء غالباً من تلك الحفر ويسعى منها الى
الاجزاء المذكورة وقد يتفق ان يمتد الغشاء الكاذب للحنجرة والقصبية
ولكن حينئذ يضاف على ذلك الداء داء آخر هو المسمى بالكروب وسيأتى لنا
شرحه في امراض اعضاء التنفس

وعند ظهور الاغشية الكاذبة تبتدأ بجملة اعراض اخرى في الظهور فيصير
الازدراد عسرا بل زائدا التعسر مع كون التالم ليست شدة بقدر تعب الازدراد
فالسائلات تدفع من الحياشيم ويحزن المريض ويسعل ولا سيما عند الشرب
ومنه من يقذف من خياشيمه سائلا مصفرا او مدما ماراً تحت مغشية تقرب
من رائحة المني وقد يتقذف احيانا اهداب من الاغشية الكاذبة مسودة
بالدم فتشبه حينئذ الخشكريشات ~~وامكن~~ يتولد بدلها من التصعدات
سريعة اغشية كاذبة جديدة وينكر ذلك مرات كثيرة بحيث يتعجب من كثرة
مقدار تلك الاغشية التي يقذفها المريض وفي بعض الاحوال يتقذف من
المرضى اطوانات تامة من تلك الاغشية الكاذبة واما اللثة والشفقتان فكثيرا

ما تكون دامية واما الرائحة النتنة فلا تصاعد بالاكثر الا من فم معظم الكبار
 البنالعين وهي التي حملت القدماء على الخطا الذي ذكرناه عنهم في ظنهم ان هذا
 الداء من طبيعة غفريية ولكن الغالب ان لا تشم هذا الرائحة من الاطفال
 الصغار ويحصل مع هذه الاعراض اضطراب وقلق وتهديد بالاختناق وحيانا
 نغاس وحيانا اخر عاف يتعرض من اهتزازات السعال وتحصل زيادة
 في حرارة الجلد وتوتر قوي في النبض لكن في الغالب اقل مما يستدعيه ثقل
 الداء فاذا امتد الغشاء الكاذب الى الخجيرة ظهرت جميع عوارض الداء المسجي
 كروب فيصير التنفس حيثئذ صغيرا ويكتسب الصوت والسعال الصفه
 الكروية ويقلب الرأس الى الخلف ويشد القلق ويغطي الجلد بعرق بارد لزج
 وتموت المرضى في نوبة اختناق او في حالة شبيهة بالاسفكسيا (انظر شرح
 الكروب فيما يأتي) ومن السعد ان هذه العوارض نادرة اذا كانت الذبحة وفدية
 وانما يبقى الداء مقصورا في الغالب على البلعوم واللوزتين ولكن اذا تسلطن
 الداء تسلطنا وبأيا امتد للاعضاء الاخر المذكورة ويكون في تلك الحالة خطرا
 واما الاعراض الخفية فلا تظهر في هذا الداء على سبيل الاشتراك فاذا عرض
 على سبيل الندرة هذيان وحركات تشنجية ونحو ذلك فذلك انما هو لعروض
 التهاب مخي ضاعف الداء

فاذا اراد الله انتهاء الداء انتهى جميع الم يلبث الحال قليلا حتى يتبدى البلعوم
 بمادة مخاطية زبدية صافية وحيانا باعصاب مدم وتعظم الدائرة الحمراء
 المحيطة بالاعشية الكاذبة وتفصل تلك الاعشية اهدابا وتقذف بالسعال
 او القيء او يظهر كأنها امتصت تدريجا وتبرى فتصير شفافة كالخرق الرقيقة
 المهلهلة النسيج فيسأهد من ورائها الغشاء المخاطي وينتهي حالها بان تزول
 بالكلية وينكشف الغشاء من خلفها بلون اكثر وردية منه عند ابتداء الداء غير
 ان هذا اللون يزول سريعا وينقص حجم اللوزتين والغلصمة احيانا وكأنها
 انقبضت على نفسها كذا قال جرسان

ثم ان الاعراض الاشتراكية يختلف ظهورها باختلاف قوى المرضى

والاحوال الحمية المغمورين فيها فالاقرباء الدمويون الممتثلون الذين يتغذون
تغذية جيدة ويسكنون في محال سليمة تكون فيهم تلك الاعراض قوية الشدة
مضافة على شدة الاعراض الموضعية فالنبض يكون ممتلئا صلبا متواترا
وحارة الجلد شديدة واما الذين في احوال عكس الاحوال الاول وسواء الاطفال
الذين ضعفوا جدا بامراض سابقة واقاموا بالملاستات مدة طويلة فلا تتضح
فيهم تلك الاعراض بل كثيرا ما تكون الاعراض الموضعية فيهم قليلة الظهور
جدا مع ان الفساد المادى فيهم ثقيل كما في الحالة السابقة ولكن يكاد الحلق
فيهم ان لا يكون مؤلما ويكون الازدراد قليل الانعاب والسعال نادرا مع
ان معهم غشاء كذا عظيم السعة وينضم قليل التواتر بل عديمه بالكلية وحرارة
جسمهم طبيعية فاذا نظرنا الى شرح هاتين الحالتين المنسوبتين لمرض واحد
ربما ظهر من اول وهلة انهما آفتان مختلفتان وهذا ما وقع لبعض اطباء
فجعل لهذا الداء صنفين احدهما قوى منسوب للقوة والثاني ضعفي ونحن
لا نقول بذلك لان من الواضح ان الداء في الحالتين بقي واحدا وانما اختلف
المصابون به والله اعلم وان كانت واحدة الا انها تنوع باعتبار المزاج والاحوال
الحمية المتعلقة بالاشخاص ويلزم ان يراعى الطبيب ذلك نظرا لتنوع
العلاج بحسبه

وهنا الشكل آخر للذبحه الغشائية ظن جرسان انه يلزم ان يسمى باسم خاص
وهو الذبحه الهلامية او الجينية وقال انه يختلف عن الاشكال السابقة لان له
صفات تميزه عنها في الابداء يكون احمرار البلعوم شديدا وانتفاخ اللوزتين
كبيرا والازدراد متعبا جدا ثم في اليوم التالي اوبعد الظهور بايام قلائل
تغطي القاعمة المقدمة للهلة واللوزتان والبلعوم بندف من مادة هلامية
سجائية او مصفرة او بيضاء جينية وتجمع كتلا او قشورا خوة يسمل ازلتها
وشقها يجسم صلب وتتجدد بسرعة وتمتد غالبا الى المري ولكن لا تمتد اصلا
للحجرة ولا القصبة ولا تفصل اهداها كالاغشية الكاذبة للذبحه الغشائية
فيشاهد ان الصفات التي يخالف هذا الشكل بها غيره او اهمها مأخوذة

من الشكل والهيئة التي حصلت في المادة المخاطية عند تجمدها وسندكر
حالة ذلك في الاعتبار وهذا الشكل يصاحب غالباً القرمزية ويشاهد أيضاً
منغزلاً عن غيره من الآفات فتارة تسلطن تسلطاً وبأياً وتارة يظهر وفدياً
ولا يكون ثقبلاً أصلاً

والذبيحة الغشائية الحقيقية تكون في الغالب خطرة قبلها إذا تسلطت
تسلطاً وبأياً وقيل من يسلم منها إذا امتدت للعنبرة وأصاب أطفلاً ضعافاً
ردى التغذية انتهكوا بأفات سابقة وفي غير ذلك يقل ثقله وسبباً إذا كان
مقصوراً على البلعوم وسيره سريع جداً قد شوهد اهلاكه في أربع وعشرين
ساعة إذا ضعف بالداء المسمى **كرووب** والغالب هلاك المريض من اليوم
الثالث إلى السابع ويندر أن يكون من مناه ذلك شوهد من مكث دأوه
ثمانية أشهر بل سنتين فتفصل الأغشية وتتجدد وهكذا

الصفات التشريحية * الغشاء الكاذب هو الصفة التشريحية الرئيسة
للذبيحة الغشائية فيشاهد منبسطة أو على هيئة صفائح شاغلة أحياناً بالجميع
الحفر الأنيقية واللاهة واللوزتين والبلعوم والمرى والعنبرة والقصبية
بل والتقايم الشعبية وشاهد جرسان امتداد الغشاء إلى الجيوب الجبهية
بل قد وجد أحياناً في المعدة بعد أن انقطع اتصاله في المرى ولكن لا يكون دائماً
كما ذكرنا إنما يشغل غالباً البلعوم واللوزتين وأحياناً يعتمد للسان المزمار
وحوافيه ولا يمكن بدون أن يدخل فيه وللتصاقه بالغشاء المخاطي يكون
غالباً قويا في اللاهة واللوزتين والبلعوم وأما في القصبية فيكون متموجاً مع أن
جرسان شاهده مرتين موضوعاً على السطح الباطن لهذه القناة ومتصلاً
بالغشاء المخاطي بواسطة أوعية صغيرة ويميل الغشاء الكاذب يختلف من رقة
ورق الككتابة إلى سمك خط ويختلف أيضاً في الكثافة والقوام والمرونة
ولا يوجد في الغشاء المخاطي تحت الأغشية الكاذبة سلع ولا تفرح نعم قد
يوجد في بعض الأحوال النادرة تآكل خفيف في البلعوم فقط ويوجد
في اللاهة والغلصمة واللوزتين والأجزاء الخالية للبلعوم صفحات صغيرة

مبذور فيها نقط بنفسجية مركزها اعلى من دائرتها وكثيرا ما يوجد على
الاجزاء الجانبية للبلعوم وعلى القصبة هيئة اشربة مستطيلة تمتد عليها
الاعشية الكاذبة فيعطيها ذلك شكلا مسننا ويكون منسوج هذه الاعضاء
محتقنا بالدم ووجد جرسان احيا نابورات صغيرة مملوءة بصديد مدمم في منسوج
اللوزتين ووجدت نكت سنجابية يظهر انهما ناتجة من شبه رشح من المادة
الغشائية في الغشاء المخاطي وتختلط تلك النكت بالنكت المسودة والبنفسجية
التي ذكرناها وجميع هذه التغيرات لا يدل شئ منها على وجود غغرينا واما
كيفية تكون الاعشية الكاذبة على سطح الاعشية المخاطية فغير معروف
والمؤلفون اقتصروا على قولهم انها من مادة مخاطية سميكة او مادة شمعية
او هلامية انقرزت من سطح هذه الاعشية المخاطية وانتشرت منبسطة
وتجمدت عليها ونحن نقول وفاقا لروش انه اذا بحث بالتدقيق في اللهاة نفسها
في ابتداء الداء شوهد غالبا في الغشاء المخاطي صفائح غير منتظمة جرد الحواف
مكونة من ارتفاع البشرة المخاطية التي تشاهد تحتها مادة مصلية فيها تكدر
وكثافة ثم تتزق تلك البشرة وتأخذ المادة التي تحتها في الكثافة شيئا فشيئا وتمتد
منبسطة وتتجد ولكن لا يحصل غالبا مثل ذلك على اللسان وانما يشاهد فيه مثل
الصفحات التي ذكرناها ولا يرتفع من بشرته المخاطية الانقط صغيرة فيحصل من
ذلك حوصلات تشاهد بالنظارة المعظمة وتتزق بعد ذلك ويحصل في مادتها
التي تسيل منها مثل ما حصل في المصل الذي ذكرناه فاذا ازيلت شوهد تكونتها
سريعا

الطبيعة والتشخيص قد علمنا فيما سبق اختلاف هذا الداء عن التهاب اللوزي
والبلعومي الاعتيادين ويكفي تمييزه عن التهابات التي تشبه به ظهوره
في العادة ظهورا وبائيا وعدواه وسرعة سيره وثقله الذي هو قليل التناسب مع
ضعف حدة الظاهرات الالتهائية وبالجملة فطبيعته قريية من طبيعة الموجيت
نهايته ان الموجيت يكون في الاجزاء المقدمة من الفم كسقف الحنك واللسان
وباطن الخدين والشفقتين واما الذبجة فمحلها الحقيقي الاصل في اللوزتين

والبلعوم

والبلعوم ولذلك سميت بالذبحة البلعومية الغشائية واستظهر رروش ان هذا
الداء من طبيعة نزيفية واستدل لذلك بالنكت المسمرة التي مركزها انغخ من
دائرتها وبالتقط البنفسجية التي تكون على هيئة خطوط مستطيلة وبالدم
الاسود الذي يملأ الأنسجة المريضة ولا يعارض ذلك البورات الصديدية
المدممة التي توجد احيانا في اللوزتين لان ذلك نادر واما غيرها ف دائم الوجود على
ان الصديد المكون فيها يكون دائما مدما نهائيا بما يدل عليه هو ان الزيف الذي
يقوم منه هذا الداء يكون احيانا مصحوبا بالتهاب اشد من الاحوال الاعتيادية
واما الاغشية الكاذبة فهي ناتجة من الزيف بل ربما كانت دليلا عليه لانها
مكونة من العنصر الليفي الذي عدم لونه ويحصل منها بالقاعات الكيماوية
ما يحصل من الاغشية الكاذبة التي تتكون على البلورا اذ لم تتكون حولها
الصفحات الا لكونها مؤلفة من بخيرات دقيقة من دم خال من مادته الملونة
وما كان الاحمرار الالتهابي في الغالب قليل الشدة تحتها وحواليها الا لتكون
الاجزء الليفية العديمة التكون المؤلفة للاغشية قل منها مقدار الدم بقدر
ما احتقن به المنسوج وما وجدت نكت مسمرة في سمن الغشاء المخاطي الا تكون
المادة الملونة للدم المنفصلة من العنصر الليفي المؤلف للصفائح يلزم ان تقراكم
في محل آخر وما كان في الاغشية الكاذبة ابتداء تكون الى ماثل جدا للزيادة
الالتهابية تكونت من اقوى الاجزاء حيوية وبهذه الادلة كلها يسهل تمييز
الاغشية الكاذبة عن مجرد المادة المخاطية المتجدة التي تظهر في الذبحة
الهلامية وفي اغلب الخناقات الاعتيادية سيما وتلك المادة يسهل تقطيعها
بجسم صلب ولا تنفصل اصلا على هيئة اهداب وتتولد بسرعة عظيمة بجميع
ذلك يحمل على ظن ان الذبحة الغشائية التهاب نزيفي كذا قال الطبيب رروش
وازيد على ذلك ايضا لاثبات هذا الرأي ان اغلب المصابين بهذا الداء يتخمنون
دما كثيرا وقبحا مع اهداب من اغشية كاذبة وان اغلب المؤلفين سموها هذا
الداء بالغنغرينا الاسكوروبوطية لثة وذلك دليل على انهم راعوا في ذلك الصفة
الزيفية التي في اللثة

وقبل ان نذكر علاج هذه الذبحة نذكر مشاهدته في المولودين جديدا ذكرها بليار
 لالتهاب اللهاة واللوزتين والبلعوم مشاركة كلها في الالتهاب مع تغير في الافراز
 وهي ان طفلة عمرها اثني عشر يوما دخلت المارستان في الثالث عشر من
 جويليت وكانت قوية البنية وتنفر من ثدي مرضعتها ونصيح بدون انقطاع
 ولا تنام اصلا وكان صياحها مخفيا شافا وتفسها عسرا ووجهها بنفسجي اللون
 وعنقها فيه بعض انتفاخ ولما بحث في فمها وجد في اللهاة فقط بعض احمرار
 ولم يكن معها تواتر محسوس في النبض ولا حرارة في الجلد فامر لها بمغلي الشعير
 المصمغ وبالفرغرة المرخية وبعلقين على كل جانب من العنق وبالحمية وفي اليوم
 الرابع عشر ظهرت نقط من الموجيت على اللسان وصار جميع الغشاء المخاطي
 التامى شديد الاحمرار وشوهدت ايضا صفائح من الموجيت على اللهاة وزادت
 شدة احمرارها وتغطت اللوزتان المحمرتان المنتفختان بنصعد خفيف غشائي
 ولم يكن هنالك حتى بل كانت حرارة الجلد طبيعية واما الوجه فكان دائما بنفسجيا
 والصياح شافا والتنفس اقل تعسرا وكاد الازدراد ان لا يكون كمحا وكان علاجها
 حينئذ بضماد على العنق وحراريق على الساقين وبمغلي الشعير المصمغ للمشروب
 والفرغرة وفي الخامس عشر لم يكن هنالك حتى وكان النبض يضرب تسعين
 في الدقيقة والصياح يقرب لان يكون اختناقيا والتنفس عسرا واللوزتان
 شديدتي البروز بحيث كاد التنفس ان لا يحصل وفي السادس عشر كانت الحالة
 بعينها والنبض زادت سرعته الا انه صار اصغر والازدراد اشتد عسره وكان
 اخراج القلس اكثر من اخراج القيء وفي الثامن عشر كان الموجيت اقل كثرة
 في القم وتكون منه على قاعتي اللهاة وعلى اللوزتين طبقة سمكية بحيث لم يبق
 بينهما الا امر ضيق وفيه قل كون للصياح اختناقيا وسمع زمنه غير ان الترجيع
 الذي هو حاد معزى واحيانا مقطوع كان له شبه بصياح الديك وصار وجه
 الطفلة اقل بنفسجية وفي التاسع عشر قل خفاء الصياح وقرب للحالة
 الطبيعية وصار التنفس يحصل باتساع وصار وجه الطفلة منتعشا وبظهر
 عليه التألم والعلاج حينئذ هو المداومة على الحراريق والمشروبات المرخية

وفي العشرين انكشفت اللوزتان فوجدتا محترتين ايضا الا ان اتفاخهما صار قليلا والازدراد كان دائما عسرا بحيث كان يضطر عند شربها ان لا تعطى الا قطرة قطرة ولما بحث في القم الخلفي وجد فيه ايضا بعض نقط من الموجيت ملتصقة بالبلعوم ومن العشرين الى الخامس والعشرين رجعت للطفلة تحتها بسرعة وصار الازدراد سهلا وغذيت باللبن الممزوج وفي الثلاثين تم الشفاء وان بقي في اللوزتين ايضا بعض احمرار مع ان الازدراد صار جيدا جدا والدورة رجعت لحالتها الاعتيادية واسمى الوجه باللون الجيد وسلمت الطفلة لمرضعتها الاصلية في اليوم الثالث من شهر اووت وذابت بها الى الارياف في اليوم الحادى عشر من الشهر وهى في صحة جيدة سليمة من جميع الآفات

فهذا الالتهاب في اللوزتين والبلعوم كان ولا بد مضافا بالالتهاب الحنجري الدال عليه تغير الصباح وعسر التنفس لكن بقطع النظر عن هذا التضاعف ينبغي ان نلاحظ ايضا الاعراض الاخر كخروج القلس واتساع عنق الطفل ورفضه ثدى مرضعته لانه كان لا يتيسر له اذداد اللبن المأخوذ من الحلمة الامع الالم وبما هو عظيم الاهتمام من هذه المشاهدة التغير المخصوص في الصباح المسبب يقينا عن تكون وانفراش طبقة من الموجيت على اللوزتين وكذا نجاح المعالجة المضادة للالتهاب واستنتجنا من هذه المشاهدة ونظائرها ان التهاب هذه الاجزاء اذا كان خفيفا لم تعطل وظائفها فان كان فيه بعض شدة عسر الازدراد واذا حصل تبعه القلس او القيء وان كان كل من المرىء والمعدة سليما كما شاهدنا ذلك في بعض المشاهدات السابقة فاذا شاهدنا طفلا يرفض ثدى مرضعته ويردرد ما يسقاه او شوهده من سحنة التعب والالم مدة الازدراد لزم المبادرة بالبحث في فمه الخلفي هل هو محل لالتهاب اريتياوى او مصحوب بتغير في الافراز فان كان العنق متوترا ويتألم باللمس او يصيح الطفل عند مس هذه الاعضاء او عرض له بعد هذه الاعراض الاول اتفاخ في اللوزتين وحصل تغير في الصباح وفي السحنة تحقق من ذلك وجود ذبحة لوزية ببلعومية فاذا شوهده

على الاعضاء اغشسية كاذبة او اندفعت من الهم بالقيء تحقق وجود الذبيحة
الغلالية.

العلاج * اضطربت آراء المؤلفين في علاج للذبيحة الغلالية والوسائط المناسبة لها
فبعضهم يرى ان المناسب علاج الالتهاب ويكون بمضاداته وان ذلك هو الانفع
وبعضهم يرى ان الاولى وسائط اتلاف الاغشسية الكاذبة واندفاعها فامر
بالادوية الضعفة الخطرة فيكون هذا العلاج بعكس العلاج السابق واما العلاج
المركب من العلاجين فهو رأى متوسط يظهر انه الآن اقوى منهما ولننظر
في تلك الآراء المتضادة لننتخب منها ما هو الاقل

فيظهر ان من الغلط رفض الامر بمضادات الالتهاب بالكليية لان هناك
مشاهدات جيدة تثبت قوة فاعليتها ولم يزل كل يوم يتجدد تحقيق منفعتها
ومع ذلك يظهر ان منفعتها اضعف واقل من منفعتها في الالتهابات الاعتيادية
للحلق بل ربما كانت الافساد العامة غير مناسبة هنا ولا يلتجأ اليها
الا اذا كان الطفل قويا او كان هناك ايضا التهاب رئوى او التهاب في نسيج خاص
لعضو من الاعضاء المهمة فحينئذ تكون نافعة ولكن نفعها مقصور بالاكثر
على استعمالها في الابتداء وتكرر اذا شوهت الغلالة فوق دم القصد الاول
حتى ولو هبطت اعراض الداء وكذلك القصد الموضعي نافع ايضا وان كانت
فاعليته هنا اقل من فاعليته في الالتهاب الاعتيادي في الحلق وبعض المؤلفين ذكر
عدم نفعه بل بعضهم ذكر انه مضر وذلك منهم مبالغة وبخاف مع ان التجريبات
تثبت خلاف ذلك في الاحوال التي فيها تهيج شديد وضجر عظيم وكذا التي
فيها اعظم احمرار واتساع وسما اذا كانت الاعراض الاشتراكية قوية بان كان
الجلد حارا والنبض ممتلئا متواترا او كلن الداء شاغلا في آن واحد للبلعوم
والخبرة ومع ذلك رفضه بريتونوس رفضا مطلقا كما قال روش وهو مع مهارته
دليله في ذلك ضعيف مع ان له في استعمال الادوية ورفضها تقلبات وتحويلات
كما مدح أولا الدلك الزيتي ثم عرف بعد ذلك خطره ثم مدح الجص الادروكلوريك
وانتهى معه الحال بهجره بالكليية ثم مدح فنج مسحوق الكلو ميلاس وفضله

على

على فتح الشب وهكذا ولكن منفعة القصد الموضعي لا تشاهد اذا تأخر فعله وكان قليلا بعيدا عن مجلس الداء وانما تشاهد واضحة اذا استعمل في ابتداء الداء ويكون عدد العلق على حسب سن المريض وقوته وشدة الالتهاب واذا حكم بتكريره لزم ان تكون الفترة بين الوضعين قصيرة والا كان الالتهاب معرضا لان يكسب شدته في تلك الفترة فتضيع ثمرة القصد الاول ويلزم وضعه على الاجزاء المقدمة الجسانية للعنق وينبغي ان تعلم ان هذا التصديكون خطرا للاطفال الضعاف جدا اما من امراض سابقة او من تدبير غذائي ردى تطير ما اذا عرض هذا الداء للبالغين عقب السبل الرئوى وبالجملة لا يستعمل الاشخاص الذين يكاد نبضهم وحرارة جلد هم ان يكونا طبيعيين وبالاولى اذا كان الجلد باردا والنبض بطيئا وكاد الم الحلق ان يكون معدوما وكذا اذا كان مع المريض هبوط زائد من ابتداء الداء

ومعظم المؤلفين اوصوا بالمقي لا جلى اندفاع الاغشية الكاذبة وهذه الوساطة مهمة يقينا اذا كانت الاغشية المذكورة مستولية على الحنجرة والقصبه لان وجودها في تلك الاعضاء يحرض السعال وذلك متعب جدا للمريض ويهدد بالاختناق وكثيرا ما يحتاج في هذه الحالة لتخريض التي مرتين او ثلاثا في مسافة قصيرة **ك** اربع وعشرين ساعة مثلا وواسطة ذلك هو طرطرات البوتاس الاتيموفى وعرق الذهب المقي اى الايكا كوانا والبولىجبالا والاولان هما احسن الثلاثة ولا يستعمل المقيثات الا اذا نقصت شدة العوارض النهائية بالانصد والعامة الموضعية ومن الحزم عدم استعمالها اذا كان هناك التهاب في عضومهم مضاعف للذبحة ولا سيما اذا كان ذلك الالتهاب شاغلا للطرق الهضمية وهى غير نافعة غالبا في الذبحة اذا كانت مقصورة على البلعوم واللوزتين لان اندفاع الاغشية الكاذبة حيثئذ ليس مهما مثل ما في الحالة السابقة اذ غيرها مما يمنع تكون هذه الاغشية وتولد لها ثانيا واستيلاءها على القناة الهوائية انفع منها ومع ذلك اذا عم انتصا ل تلك الاغشية وكانت كميتها كثيرة او كان المريض طفلا صغيرا يعرف ان يتنخم جاز

ان يكون من النافع الامر بالمقيء وقد مدحوا ايضا نتائج الكلو ميلاس
 في علاج هذا الداء سيما اذا امتد للقناة الهوائية فامر وابه بعد الافساد
 والمقيئات اذ انقص الم الحلق فانه بتأثيره مباشرة على الغشاء المخاطي لقم
 والبلعوم والخنجرة يثير في تلك الاعضاء اخر از مقدار عظيم من المادة المخاطية
 تسهل انفصال الاغشية الكاذبة كذا قال من مدحه وامر جرسان بان يكون
 في الابداء بكميات يسيرة متقاربة لبعضها كمن نصف قمحة الى قصعة في كل
 ساعة حذرا من تأثيره المسهل واعتبر استعماله بتلك الكيفية شرطا للقوة فاعلمته
 ثم برزاد في مقداره تدريجا على حسب تأثيره ولا يبلغ مقداره درهمين للكبير في اربع
 وعشر بن ساعة مع ان بريطونوس اوصل مقداره الى درهمين بل ثلاثة في هذا
 الزمن ويمنع استعماله متى نتج منه القيء او الالم الشديد في القصبة وصار السعال
 نزليا وتبعه نفث اهداب غشائية ونخامات مخاطية صارت معتمة تقرب
 للصديقية كذا قال جرسان وقال روش قد امرت باستعمال هذا الدواء مرات
 كثيرة غير اني ما وصلت فيه الى كية عالية حتى انال منه النتائج المذكورة بحيث
 لا اقول بتلك الفاعلية التي ذكروها ولا انكروها ولكن اظن ان ذلك منهم مبالغة
 في نفعه كما فعلوا في المروحات الزيتية ثم تركوها لما شاهدوا انها لا تذهب
 الداء وانما تزيد فيه فالكلو ميلاس يفعل نظريا مثل فعل المروحات فكما ان هذه
 واضحة الايداء حسبا اعترف بريطونوس الذي كان مدحها أولا كذلك ينطب
 على ظني ان الكلو ميلاس قليل النفع فالاولى ان يقتصر على اعطائه يسيرا
 حتى يصل الى الكمية المسهلة فقط ويكون القصد منه ان يحدث تصريفا
 وتحويلا قويا في القناة الهضمية اذا كنت سليمة فان ظهر لنا بتجربيات
 جديدة خلاف هذا اتبعناه انتهى

وبعد الافساد تكون الوسائط العامة هي التحولات التي منها الكلو ميلاس
 كما سبق ذلك عن روش ولكن مصرفات الجلد اقوى وخطرها قليل ولذلك
 نفعها في اول رتبة فليس ثنى اعظم نتائجها واسرع لنقص الاختناق ونوب
 السعال من الحمامات القديمة المخردلة واللزق المصنوعة من الخردل والغسل

الخالص او المضعف بالماء وتوضع على الاطراف السفلى ومثل ذلك الحرايق
 على القفا والاعضاء الجانبية للعنق فان فيها زيادة على ذلك انها دائمة التأثير وقل
 تهيجها من السابقة ومع ذلك لا تستعمل الا نادرا او لا لعدم الصبر على انتظار
 النتائج السريعة منها مع خوف الخطر القريب الحصول من هذا الداء
 وثانيا خوفا من ان التهيج الحاصل منها القريب من الاعضاء المريضة يثقل
 الداء ويظهر ان لهم وجهها في الخوف من ذلك لكن اذا لم تستعمل الا بعد نقص
 اعراض الالتهاب تقصا عظيم مع الحذر من تركها موضوعا زيادة عن عشر
 ساعات او ثنتي عشرة لم يخف من الخطر المذكور وينال منها النتائج المطلوبة
 فاذن تكون المصرفات الجلدية من الوسائط الرئيسة العالمة لعلاج الذبحة
 الغشائية اذا روعيت الشروط المذكورة لها وانما يمنع استعمالها اذا كان
 الالتهاب شديدا او كان التأثير العصبي عظيما جدا لان الحرايق وسيما الخردل
 تسبب في العصبيين والقابلين للتهيج آلاما وتنبها قويا لا يطاق بحيث تعرض فيهم
 الصباح والعسال وتوقف حرارة الجلد وتواتر النبض فلا تستعمل فيهم الا بضعف
 او لا تستعمل اصلا وتبدل بمضادات التشنج كالمسك والكافور والواربانا
 والحلتيت واللغبر ونحو ذلك وتستعمل هذه جرعا وحقنا وتلك الوسائط
 وان كانت تابعة الا انه لا ينبغي اهمالها فيهم ولا حاجة لان تذكر ايضا بعض
 فاعلات ذكرها المؤلفون كالسكنجبين العنصلى وادروكبريتات الاثيون وروح
 النوشادر وكبريتور البوتاسا او الصود فان هذه اذا لم تكن خطرة كانت غير
 نافعة وقد تركت الآن بالكلية من علاج هذا الداء ويعان فعل الوسائط التي
 ذكرناها بالمشروبات المحللة او المحمضة والحقن المرخية والضمادات حول
 العنق والحمية فاذا كانت العوارض الاشتراكية قوية لزم ان تكون الحمية
 قاسية تامة واذا كان الطفل رضيعا قال بليار يلزم او لا منعه من الارضاع
 لان الغالب انه يمص الحلة بشراهة قوية ويحمل لقلقه مقدارا كبيرا من اللبن
 في آن واحد وانما الاحسن ان يصب في فمه مقدار يسير من هذا السائل اما
 بملعقة او اسفنجة ويغرغ الفم بماء الخطمية بواسطة قلم رسم من تفليك ويوضع

على عنقه ضماد وعلقة او علقتان على جاني البلعوم اذا كان الالتهاب شديدا
 وتوضع المصرفات على الساقين والقدمين كالضمادات او الاستحمامات المحمرة
 فاذا لم يكف ذلك استعملت الحرايرق ولا تطول مدة استعمالها ويجوز استعمال
 نصف حقنة مسملة خفيفة اذا كانت القناة الهضمية سليمة وتصنع تلك الحقن
 من منقوع القراصيا ومن مخلوط اجزاء قريبة للتساوى من اللبن والسكر
 او قمعحة او ثنتين من الزبيب الحلوى ملعتين من ماء سكرى لكن لا تستعمل هذه
 المصرفات الا مع غاية الاحتراس اذ قل ما يلهتبه جزء واحد فقط من القناة
 الهضمية في الاطفال الصغار الا ويلتهب معه غيره فاذا زالت الاعراض
 الالتهابية جاز اعطاء الاغذية الاعتيادية وبما يلزم في تلك الحالة احيانا اعطاء
 الادوية المنبهة ويؤمر بالترخيب المنبه للجلد وبالحقن بالكينيكينا المكفورة وقليل
 من النبت الممزوج بمغلى حمض

والمعالجة الوضعية اى الموضعية للذبحة الغشائية مهمة ايضا كالمعالجة
 العمومية التى ذكرنا قواعد هابل ربما كانت اقوى فاعلية لتلاف التجمدات
 الغشائية والتحرز من تولدها ثانيا وان لم تتوجه على السبب الذى احدها
 وانما يكون توجهها وتأثيرها مباشرة على هذه التولدات المرضية نفسها وقد
 استعملوا ذلك فاعلات تنوعت بحسب الازمنة فروح الملح وهو محلول الحمض
 ادروكلوريك فى الماء اوصى به منذ قرنين اطباء ايطاليا واسبانيا لايقاف
 تقدم الذبحة الغشائية ومدحه بعد ذلك وزينتان فى الغنغرينا الاسكوربوطية
 التى فى اللثة وجد ران الفم ثم مدحه ايضا منذ بعض سنين بريتونوس وجرسان
 فامر ابان يمزج العسل الموردين ثلثه او خمسة تقريريا من الحمض ادروكلوريك
 على حسب حالة تهيج الاعضاء وتمس الصفحات الغشائية بهذا المخلوط بواسطة
 اسفنجة صغيرة او قلم رسم من قتيك متعلق بقضيب من القيطس معوج بالنار
 قال جرسان ويكنى وضع هذا الكاوى مرة او مرتين لايقاف سير هذه الاغشية
 المكاذبة وامتدادها الى الطرق الهوائية ومع ذلك قد يضطر لتكرار ذلك جملة
 ايام فاذا زاد الالتهاب الموضعي بهذا الكاوى عدلت نتائج الرديئة بالغراغر

الملطفة وبالصعادات المرخية حول العنق فاذا لم يحصل من الكاوى ثمرة لزم ان يضم له استعمال غراغر من مطبوخ الكينا المحض بل يؤمر باستعماله ايضا من الباطن قال روش وما استعملت هذه الوساطة قط ولذلك لا يمكن ان اجزم بمنفعةها وانبهك على ان بريطونوس تبرأ من نقح مسحوق الكلو ميلاس بعد ان كان مدحه لذلك كما قلنا وذلك يدل على ان منفعة ليست محققة

ونقح مسحوق الشب سحقاً ناعماً يظهر انه اقل خطراً من الكي بالحمض ادركاوريك وهو اسرع فعلاً واكد في ازالة الاغشية الكاذبة مع ان بعضهم ذكر انه لم يزل منه منفعة ولكن المشاهدات طافحة بنجاحه ومثله في النجاح الكي بنترات الفضة اى الجمر الفضى بل ربما كان انجح منه ومن غيره فعظم الاطباء اتفقوا على قوة فاعليته واعتبروه اقوى الوسائط لمنع امتداد الاغشية للخبرة قال روش وانا افضله الآن على غيره حتى على النقح بالشب الذى فاعليته غير مشكولة فيها ولا لثفعه وثانياً السهولة استعماله وان سهل ايضا نقح المسحوق بواسطة الآلة التى اخترعها بريطونوس واتقنها جليون وهى اتبوبة من خشب تحمل قرب احد طرفيها بعض خطوط تجويفاً يوضع فيه المسحوق المراد نقحه فينفخ من الطرف القريب للتجويف فالمسحوق يمر اولا من شبكة دقيقة جدا لا يمر منها الا دق الجزئات ثم يخرج من الطرف الآخر الذى للانبوبة حتى يصل الى الاجزاء المراد كيها ولا ينسبى الاجتهاد في قلع الاغشية الكاذبة فانه ما عدا التعسر الذى يحصل فيه يزيد تلك الكيفية دائماً في العوارض الموضعية للالتهاب ولم يلبث التصعد الغشائى قليلاً حتى يتجدد واما تنشريط اللوزتين فلا ضرر فيها وان زعم ذلك بريطونوس نعم فعهما يسير وقد تكلم المؤلفون قليلاً على تناسج الغراغر في علاج الذبحة الغشائية مع ان فعلها موضوعي وبالمباشرة كالفاعلات التى فرغنا من الكلام عليها قال روش قد استعملت غراغر تحتوي للكبار على درهم من كلورور او كسيد الصوديوم للشهير لبرك في اربع اواق او خمس من سائل وحصل منها نجاح سريع بحيث جعلنى ذلك على ان اجعل هذا الدواء هو اول الفاعلات القوية لهذا الداء

فلا ينبغي اهمال استعماله وسيما في ابتداء الداء اذا كان الالتهاب شديدا
 بل وبعد الايام الاول اذا انخفض الالتهاب يسيرا نعم الفراغ الملطفة والمخدرة
 هي الانسب في هذه الاحوال لكن اذا كانت علامات التهيج الموضعي قليلة
 الشدة او قاربت السكون جازان يؤمر بالكلورور بالكيفية المذكورة
 وذكر بعض الاطباء من الوسائط الوضعية بخار الاتير وروح النوشادر
 والكلوراما الابخرة الاتيرية فيمكن ان يكون خطرهما يسيرا واما ابخرة روح
 النوشادر والكلور فيظهر ان خطرهما عظيم لانه يخاف منها تحريض ظهور
 الصفحات الغشائية في الخبيرة اذالم تكن موجودة فيها لان من المعلوم ان من
 خواص هذه الغازات احداث التهاب خنجري مع تكون غشاء كاذب لانها
 لكونها مهيجة تزيد في الالتهاب ولا تزيله فيلزم تركها من علاج هذا الداء
 وان ذكر بريطونوس انه نال شفاء احوال بخار الكلور وذكر جرسان انه لم
 ينل منه الانتايح رديثة وبقيت واسطة هي آخر الوسائط استعملت لبعض
 اطفال قاربوا الاختناق من وجود هذه التصعدات الغشائية في الطرق
 الهوائية وهي القطع القصبي وسيأتى لنا ذكره في الداء المسمى بالكروب
 المذكور في امراض الجمهاز التنفسي

وحاصل ما سبق في علاج الذبحة الغشائية ان الافساد العامة والموضعية
 ليس قعها العام في هذه الذبحة الا لاجل الالتهابات الاعتيادية في الحلق فهي
 معينة على الشفاء في كثير من الاحوال اذا استعملت بالمناسب في وقتها بل
 ربما قام منها اول وسائط العلاج والمقيضات انما تعتبر كواسطة ميخا نكية
 لاجل اندفاع الاغشية الكاذبة فلا دخل لها في ازالة سبب الداء بل ربما خشى
 منها اخطار تحوج للاحتراس منها والكلوميلاس لا ينبغي ان يعطى الا الى
 القدر المسهل بشرط ان لا يكون هناك تهيج في القناة الهضمية والزق
 الخردلية والحراريق تستعمل في اغاب الاحوال بعد الاستفرغات الدموية
 حالاحتي تكون نافعة ومضادات التشنج قد تستعمل بمنفعة للعصبين القابلين
 للتهيج وينبغي ان يستعمل العلاج الموضعي دائما مع العلاج العام فوسائطه

نفخ مسحوق السب والكي بترات الفضة والغراغر من كـلورور او كسيد
الصوديوم فانها مفضلة على غيرها وقوة فاعلية الكي بالحض ادر وكاوريك
مشكولة فيها وابخرة النوشادر والكفور مضرة والتجربة والبيان العلمى
يفيدان رفضها وتركها بالكلى والعلاج العام للأمراض الحادة كالحللات
والحمية هو المناسب فى اغلب الاحوال لكن قد يضطرر للتجاء للمقويات
والمنبهات اذا استدعته الحالة الضعيفة للمريض هذا ملخص ماسبق لنا
توضيحه وتفصيله والله الموفق للضواب

القسم الخامس

فى امراض المريء

المريء هو الجزء الصدرى من القناة الهضمية هكذا قال بعض المشرحين مع انه
لا يشغل الصدر فقط وانما يبتدأ فى العنق وينتهى تحت الجباب الحاجر متصلا
بالمعدة ثم هو لا يبقى دائما فى وضع واحد بالنظر للخط المتوسط فانه يكون على
هذا الخط فى طرفه العلوى ثم يزوئج الى اليسار فى اسفل العنق وفى الجزء العلوى
من الصدر ثم يأخذ تدريجا وضعه المتوسط حينما يكون بين قائمى الجباب الحاجر
وتحوط طرفه المعدى وتجويف المريء يختلف يسيرا فى اقطاره المستعرضة
ومع ذلك يوجد فيه اسفل العنق بعض اتساع فيه يقف بعض الاجسام الغريبة
وقد يوجد فى المريء احيا نا جيب او اكثر متصل به تجويفه وتمكث فيه الاغذية
والاجسام الغريبة وهذه الزوائد الجيوب مكونة من شبه فتق من الغشاء
المخاطى نافذ من الياف الغشاء الخلوى الذى تحته وتلك الهيمة القشرية يحية
تعطى لبعض الناس قوة الاجترار كالحیوانات المجترة وهى حالة نادرة جدا
فى الادميين بل مطعون فى وجودها وان كان بعضهم حزم بمشاهدتها والغشاء
المخاطى للمريء مغشى ببشرة مخاطية فيها مقاومة ومثانة تغشيه كله وتقطع
فى مخاذاة الفوادى فم المعدة وفى هذا القسم ثلاثة فصول

الفصل الاول

فى عيوب تكون المريء

في هذا الفصل بحثنا

المبحث الاول

في عدم وجود المري وعدم اتصاله بالمعدة

المري لكونه موجودا ناميا مدة الحياة داخل الرحم قد يحصل فيه عيوب تسبب في الطفل المولود عوارض ثقيلة غير ان هذه العيوب ليست كثيرة وتوجد غالبا كما قال مكيل مع عدم تكون جزء او اكثر من الوجه او من الفم او كما قال لاند انه يظهر كونهم مسببة عن فساد اوزونان في الاجزاء المحيطة بالمري الحافظة له في موضعه الطبيعي وذكر هذا الماهر مثالا لذلك وهذه العيوب الاصلية هي عدم وجوده وانسداده بحيث ينتهي بها جز غير نافذ وانقسام جزء منه الى قناتين موضوعه احدهما بجانب الاخرى وهما هو مثال غريب لعدم وجوده والطفل الذي هو موضوع لهذه المشاهدة ولد بدون مري

وعاش ثمانية ايام والذي شاهده هو الطبيب سونديرلند طبيب من البروسيا وذلك انه ولد في اليوم الثاني من اوت سنة ١٨٢٠ عيشوية طفل تام الاشهر يظهر من حاله انه سليم الصحة وبعد ولادته سال من امه مقدار عظيم من الماء وشوهد حجم المشية اكبر من العادة بمرتين او ثلاث ثم سقى الطفل يسيرا من ماء مسكري فخرج حالا من افه وفعه وكاد ان يحتنق وكما قدم له شئ من الاغذية ليزدرده لم يتيسر له ذلك وتحصل العوارض التي حصلت اولا فن ذلك استنتج وجود عيب في المري ومات هذا الطفل في نهاية ثمانية ايام من الجوع وفي مدة حياته كان البول والغائط يخرجان كالعادة وانما كان مقدارهما يسيرا ولم تفتح جثته شوهد حجم الكبد كبيرا جدا بحيث كان هذا العضو مغطيا لجميع الاحشاء من الخلف الى السرة ولكن كان شكله ولونه كالعادة ووجدت المرارة مملوءة بالصفراء وبعد ان رفعت الكبد وجدت المعدة والامعاء مكونة وموضوعة كالعادة غير ان القوادعني القووة العليا للمعدة معدومة والمعدة في هذا المحل ملتصقة بالجباب الحاذر بواسطة منسوج خلوي والرئة اليمنى كانت متوترة وردية اللون بخلاف الرئة اليسرى فانها كانت مندوجة

قائمة اللون وذلك يدل على ان الطفل انما كان يتنفس بالاولى فقط والقلب كان جيد التكون نهاية ما يكون ان الثقب الذى فى حاجز الاذنين كان موجودا واما المرى فكان معدوما بالكلية والبلعوم كان منتهيا بسد غير نافذ

واما الحالة الاعظم اعتبارا من ذلك وفيها ينتهى المرى بسد غير نافذ وليس بينه وبين المعدة اتصال ابدافهى التى ذكرها اللمندى طفل ولد عديم المخ بما رستان بيت الله سنة ١٨١٦ عيسوية قال هذا الحكيم لما بحثنا فى بقايا المخ وجدنا خلف العنق وتحت العظم الودى جسما كريما مبيا فيه مقاومة فظننا انه المخج ووجدناه مغطى بنسبة من الام الجافية كانها خيمة المخج لكن بعد ان شقينا الغشاء الظاهر خرج من تجويفه الذى هو على هيئة كيس متمدد جوهر اخضر مرمرى له قوام ويشبه العقي ومشابهته لذلك تامة بحيث ان جميع الحاضرين اول ما وقع فى ذهنهم تشبيهه بذلك والوجه الباطن لهذا الجيب كان منظره كالاغشية المخاطية وكان ذلك فى الحقيقة هو منظر البلعوم والمرى ولما وضع ميل فى عمق هذا التجويف شوهد خروجه من القم بعد مروره من العمود الفقرى وخرج المرى نافذا من فتحة ومكونا العروة بجزء من المعافى فتق وكان تجويفه متسعاً متمددا جدا ابتداء من العقي فيه ووجد المرى قبل دخوله فى الصدر بقليل ضيقا بل كانه منسد بحيث لم يتيسر ادخال اذق ميل من هذا الجيب الى المعدة مع انه تيسر النفوذ منه الى القم باغلظ ميل من غير تعسر انتهى

قال بليار وهذا العيب فى التكون وان كان عظيم الاهتمام من اوجه كثيرة الا انه لا ينفه عنا هنا فى ايضاح تشخيص الداء الذى نحن بصدده لان هذا الطفل لم يكن قابلا للمعيشة فموجب ذلك لم يكن معه علامة خاصة توضح لنا طبيعة هذا الامر المخالف للطبيعة اما بعد المشاهدة السابقة على هذه فيمكن ان تعرف العلامات الدالة على انسداد المرى فى المولود الجديد

فاولا يكون الازدراد غير ممكن والطفل يتقيأ سريعا اللبن الذى يرتضعه فاذا كان الكيس الغير المسلول الناتج من الانسداد ممتلئا لم يستشعر فى الجزء المتوسط

من العنق بانفتاح رخو يزيد في كل ازدراد فاذا بقي الغثيان بعد استقراغ هذا
الجيب فعل الطفل يقينا حركات عنيفة للقلس والتي كما يشاهد ذلك في الكلاب
المسحومين اذا ربط مريئها لثلاثين يوما الجوهر المسم

فان قيل ما المعالجة التي يلزم اتباعها حينئذ نقول يعسر جدا مداواة هذا
التشوه ولا يرجح اسعاف هذا الطفل المعرض لموت حقيق بشئ لكن من حيث
انه قد يكون من المهم جدا معيشة طفل مصاب بهذا العيب بعض ساعات
او بعض ايام لما ان حياته تلك المدة تجر لغائلة وآفاره منفعلة دينوية من ارث
او نحوه يلزم ان يجتهد الطبيب بجميع ما يمكنه من الوسائط في اطالة حياته
حسب امكانه وحسب ما اجره الله من الاسباب فيغذى الطفل بمحقن من اللبن
او من مخلوط اجزاء متساوية من اللبن والمزق الدم ويلزمه ايضا ادخال مجس
في المريء ليحقق هل الاتصال بالمعدة مقطوع بالكلية وهل يتأتى ادخال مجس
من صمغ مرمرن يتقدمه السائل المغذى حتى يصل للطرق الهضمية مع ان هذا
المجس يخدم ايضا لتوسيع القناة المرئية لكن نقول بعد ذلك ان عندنا شكا
في قوة فاعلية هذه الوسائط وان اوصوا بها والظاهر ان شفاء عيب عظيم
مثل هذا لا يمكن حصوله الا في الحالة التي لا يكون فيها الانسداد تاما
اما في الانسداد التام فلا يكون الامعزة لئلي او كرامة لولي

المبحث الثاني

في تغيرات في المريء ناشئة مدة الحياة داخل الرحم
نقول ينبغي اولاً لا يمكن معرفة هذه التغيرات جيداً ان يتصورن بالضبط منظر
المريء في المولودين جديداً عند الولادة قال بليارد قد بحثت في هذه القناة
المرئية من معظم الاطفال الذين ماوا في سنة ١٨٢٦ عيسوية في بيت القطاء
ففي نحو مائتي طفل يظن سلامة هذا العضو فيهم وجدت حالة احتقان واضح
في مائة وتسعين اعني الاطفال الذين ذكرتهم في مبحث احتقان البلعوم
وكان منظر هذا الاحتقان الدموي فيهم مختلفا لكن من النادر كونه على شكل
متفرع وانما الغالب كونه احمرار مستويا يختلف من الاحمر الزاهي الى الاحمر

البنفسجي وينتهي دائما فجأة في الحمل الذي تنقطع فيه بشرة الغشاء المخاطي
فما قلناه في الاحمرار الاعتيادي للبعوم يقال مثله في احمرار المريء فانا ظاهر
ان كلا منهما حالة اعتيادية في المولودين ولا شك ان اسباب هذا الاحتقان
هي بعينها اسباب الاحتقان العام في الاغشية الظاهرة فلا ينبغي ان يعتبر حالة
مرضية لـكونه يوجد في معظم المولودين بل في جميعهم والطبيب بارون
لم يرل من مدة طويلة يشاهد هذا الاحمرار الاعتيادي في مريء المولودين
لا يعتبره ايضا مرضا واطن انه نتيجة احتقان ضعي ناتج من عروض غير تام
للتنفس والدورة

ثم ما عدا الاحتقان والاحمرار اللذين ذكرناهما قد يشاهد تغير عميق جدا
في الغشاء الباطن للمريء ويلزم ان نعتبر هذا التغير نتيجة سبب عرض ولنجهتد
في اثبات الحقيقة لما ذكرناه ببعض مشاهدات

المشاهدة الاولى هي ان طفلا دخل بيت اللقطاء في صباح السادس والعشرين
من شهر مارس وكان حبيبه السرى لم يرل رخو اطريا مر بوطاعن قريب وكانت
خرقه ملوثة من قبل الدخول بالعقي وحصل منه في مادة زلاية وكان
صياحه ضعيفا ووجهه احمر مقطب اطرافه باردة ومع ذلك كانت بنيتة قوية
ومات ليلة السابع والعشرين ولما فتحت جثته بعد عشرين ساعة من موته
وجدنا الفم والبلعوم في غاية الاحتقان ووجد ما عدا ذلك على طول المريء كمية
عظيمة من الاجربة الدهنية عظيمة النمو واغلبها محاط من قاعدته بدائرة جراء
اشد احمرارا من الاحمرار العام البنفسجي الذي يوجد في جدران البلعوم
والمريء وبعض هذه الاجربة ابتدأت في التقعج من قته التي يوجد فيها تمزق مصفر
سطحي جدا ووجد مثل هذا التغير بتلك الدرجة في المعدة التي وجدت محتوية
ايضا غلى مواد لونها مصفر وقوامها مخاطي وكانت هذه المواد شديدة الالتصاق
بجدران هذا العضو ووجدنا المعالدين مقلسا لاحتقان وريدي واضح والرئتان
محتقتين جدا بالدم ومع ذلك ابتدأت بونال والقناة الشريانية في الانسداد
ووجد ايضا احتقان خفيف في المخ فهذا الطفل مات يقينا من احتقان الرئتين لكن

ماعداد هذا السبب للموت ينبغي ان يلاحظ انه يوجد ايضا آفة في الجهاز
الجراحي للمرىء والمعدة يقرب للعقل انه حصلت في مدة الحياة داخل الرحم
لانه لا يمكن تقدم هذه الآفة في اليوم الواحد الذي عاشه الطفل وسرى
في المشاهدة الآتية تغيرا اعق من ذلك ايضا في المرىء

المشاهدة الثانية هي ان طفلا ولد عن قريب ودخل في بيت اللقطاء رابع
يوم في افريل ومات في ليلة السادس بدون ان تشاهد معه اعراض قال بليار
انما قيل لي انه تقيأ مرات كثيرة ولم يرضع لبن مريضته زمن اطويلا ففتحت
رتمته في سادس ساعة بعد موته فوجد الفم محمقنا والبلعوم احمر جدا وغشاؤه
الباطن فيه انتفاخ قليل ومعه في الجزء العلوى من المرىء قرحتان بقربان
للتوازي مستطيلتان طول كل منهما اربعة خطوط تقريبا والعمق مصفر
وحوافهما مقطوعة بانحراف ويوجد فيهما كباقي الثلث العلوى للمرىء
تلون شديد بالحمرة اللعية وكان كل من المعدة وجميع القناة المعوية مجلسا
لاحتقان دموى واضح مع تصعد دموى في جميع سعة القناة الهضمية والكبد
ايسنة في قوام مرقة اللحم والمرارة ممتلئة وتحتوى على صفراء مسودة زرقية
وكانت الرئتان محمقتين جدا ووجد في الصدر مقدار عظيم من مصل مدم
والفتحات الجنينية لم تزل مفتوحة مظلوقة والمنح محمقن جدا ووجد دم من صب
بين الغنكبوتية والام الحنونة ومصل دموى في البطينين الخيين
فماعداد الاحتقان الدموى العام الذى عاق في هذا الطفل نمو الاعضاء
الرئيسية وممارسة وظائفها كان معه ايضا من وقت الولادة كما هو واضح
التهاب المرىء وتقرحه وذلك مرض ثقیل لكونه يتعب الازدراد فيؤذى
ظاهرات الهضم والتغذية مع ان هذه الوظائف عظيمة الاهتمام في هذا السن
الذى فيه الحياة النامية يحتاج للنمو لكون البنية كلها مرتبطة بها وداخله
تحت سلطنتها

الفصل الثانى

في التهاب مرىء المولودين

قال

قال بليار المشاهدات التي ذكرتها اذالم تتضح منها اراض التهاب البرتون
انضا حاطيا فاقه انها تبرهن لنا على جواز ان الاطفال قد يولدون ومعهم
التهاب مري قد يكون لهم ينبوعا لعوارض ثقيلة يلزم الطبيب ان يعالجها
من وقت الولادة ولنشتغل الآن بالتهاب المري الذي يظهر بعد الولادة
وما قوله حينئذ في التشخيص والعلاج لهذا الداء يمكن ان يقال في التهاب
المري الخلق

الفصل الثالث

في امراض المري التي تظهر بعد الولادة

من المعلوم انه يمكننا عند اشتغالنا باراض الفم والبلعوم ان تتبع ببصارتنا قدم
التغير الخاص بكل من هذه الامراض فنشاهد مع ذلك سير الاعراض التي
تصحبها لكن لا يتيسر لنا ذلك في الاجزاء العميقة من القناة الهضمية ويقوى
التعسر كلما تقدمنا فيها الى الباطن فاذن يلزمنا وفاقا لبليار ان تتبع سيرا آخر
خلاف السير الذي تبعناه الى الآن فنذكر الشرح العام لتشخيص الامراض
التي نحن بصدد هاومعالجتها على حسب ما يؤخذ من المشاهدات لان ذلك فيه
معرفة الحق بالدليل الصواب وهو المراد لنا في جميع هذا الكتاب حتى لا يكون
مبنيا على الاختراع مؤسسا على تصورات وهمية غير مقبولة للسمع وانما يكون
صحح القوانين واضح الادلة والبراهين ويكون ذلك بذكر حوادث رئيسة
ومشاهدات بينة اجتنابا لبليار في امراض المري في المولودين ومنها تعلم احوال
هذه الامراض فليكن كلامنا في التهاب المري ونتابعه واسبابه ومعالجته
مبحث كبير في التهابات المري في الاطفال

هذا التهاب نادر في السكار البالغين وسببه فيهم غالبا ازدراد السموم والجواهر
المهيجة ومروها في القناة الهضمية ومن ذلك شوه شخص كان معه دائما هذا
الالتهاب وحصل له من التسمم بالحض الكبيرتي اما في الاطفال الصغار فيكون
هذا الداء فيهم اقل ندرة وسببه فيهم سهل الادراك وهو ان المري لم يزل عادة الى
هذا السن مجلسا لا حقا يتخلف عظمه فيقتضي ذلك يكون اكثر تعرضا

للالتهاب والفساد فاذا لم يكن لالتهاب اثر في المرىء الا الاحرار عسر جدا يتميزه
في المولودين عن الاحتقان الاعتيادي فيه اما اذا انضم لهذا الاحرار بعض
آفات او تسامج النهائية فلا شك ان غشاء المرىء يكون حينئذ مجلسا لالتهاب ما
والاعراض التي تعجب ظهور هذه الآفات مدة الحياة يلزم ان تعتبر مخصوصة
بالتهاب المرىء وتوضح لنا تشخيص هذا الداء وهما هي مشاهدة ذكرها بلبار
هنا لاثبات ذلك

وهي ان طفلة عمرها ستة اسابيع وكانت ضعيفة منتفخة اللون جاءت المارستان
قبل هذه المرة مرتين من ولادتها لاجل علاج امهال مادة صفراء شديدة
السيولة وكان ذلك الاسهال معصوبا بتوتر في البطن وفيء للمشروبات بعد
تعاطيها يسير ثم في المرة الثالثة دخلت المارستان في الحادى عشر من
جوليت ومعها الاعراض الاتية وهي انتفاخ عام في جميع الجسم وتوتر
خفيف في البطن وصباح ضعيف لكنه تام وفيء للمشروبات (والعلاج مغلي
الارز المصنع وضمد على البطن ولبن ممزوج) وفي الخامس عشر من الشهر صار
وجه الطفلة كالخا وتبأى الشرب او تشرب قليلا وتصبح اذا ادخلت ملعقة
صغيرة في فمها التقهر على ابتلاع ما فيها وكانت تنقبأ اللبن الذي تشربه حالا بدون
حركة عنيفة للقيء واسهالها لم يزل باقيا ومن الخامس عشر الى السابع عشر
لم يزل هذه الاعراض باقية وزاد انتفاخ اللون وسقطت المريضة في هبوط
وتحول وفي الثامن عشر تقطب الوجه وتخططت الجبهة بالعضون وضعف
الصباح جدا وبرد الجلد وكاد النبض ان لا يدرك وماتت في الليل ولما فحنت
الجثة في اليوم التالي وجد الفم نقي اللون والبلعوم محتقنه والمرىء احمر شديد
الحمرة في ثلثه العلوى والبشرة المخاطية التي في محاذاته فاسدة بالكلبة واما الثلثان
السفليان لهذه القناة فلم يوجد فيهما الا حروز حمر كثيرة العدد ووجد الغشاء
المخاطى المعدى سنجابيا رماديا والمخاط المعطى له سمكا شديدا الالتصاق
وفي آخر اللغائني ثمان صفائح جرابية مزرققة منتفخة والريئة اليسرى سليمة واليمنى
محتقنة والفحسات الجنينية فيها نصف انسداد والمخ في غاية السلامة في الحقيقة

كان موت هذه الطفلة بالتهاب مريئى ومعدى معوى مزمن ويقرب للعقل
ان ذلك هو سبب الاستهال الذى كان معها ورجوعها الى المارستان
فذاخذ من هذه المشاهدة فساد البشرة المخاطية والاحمرار الشديد فى الثلث
العلوى من المريء . ولانفس مع ذلك ايضا صعوبة التى . وكثرته وعدم انضمام
مواده اعنى خروجها بعينها غير منضمة لان الطقل كان يخرج منه اللبن كما شربه
تقريبا بعد الشرب حالافهذه حالة ينبغى اعتبارها
والمشاهدة الثانية موضوعها طفلة عمرها خمسة ايام وكانت ضعيفة مصابة باوذىما
فى الاطراف السفلى وتيس ظاهرا فى مفاصلها فدخلت المارستان فى التاسع
عشر من شهر ربيع وكان صياحها شافا مؤلما وجهها امتكرشة جدا ولم يكن معها
امهال ولكنها تنقيأ سريعا بجميع ما تعطاه حتى الماء السكرى فتوجد مواد التى
مخلوطة بندف صغيرة زلالية او بمواد مصفرة وكان الجلد باردا وضربات القلب
خفية غير منتظمة ولا تتغذى الا بقليل من الماء السكرى واللبن الممزوج فقط
وبقيت فى الحالة المذكورة مدة ثلاثة ايام فتتقيأ معظم ما يعطى لها ومع ذلك
يخرج من فمها بدون عنف مقدار كبير من مواد شديدة الصفرة عديمة الرائحة
ومانت فى الثانى والعشرين من الشهر ولما فتحت جثتها وجد على اللسان
طبقة مخاطية متعلقة به جدا ووجد البلعوم شديد الاحتقان والمزمار محمرا
ومتريشحا وازيلت البشرة المخاطية من طول المريء على هيئة اهداب عريضة
فوجد عليها مادة صفراء شبيهة بالمادة التى قامتها الطفلة ووجد لون الغشاء
المخاطى المربى فى محاذاة الاجزاء التالية من البشرة المخاطية احمر شديد
الاحمرار وما عاد ذلك شواهدا قرب انتهاء البشرة المخاطية بعض حروزي خطوط
مسودة ووجد فى المعدة جملة قروح جراحية كثيرة فى محاذاة تقوسها العظيمة
وفى الاثنى عشرى والصائم نقط حمر كثيرة وفى اخر اللقائى احمرار شديد مستو
والمعاليظ سليم والكبد محتقنة بالدم والحافاة الخلفية للرئتين محتقنة ايضا
والقناة الشريانية مفتوحة والمخ فى غاية السلامة
فقد شاهدناها غير المريء التها با معديا عرف بالقروح الكثيرة التى سترجع اليها

فما يأتى ويصح ان ينسب لهذا التضاعف في المواد الصفراء التي كانت
تتجمع او تتمتع في المشروبات ومع كل ذلك نأخذ من تلك المشاهدة فساد بشرة
الغشاء المخاطي واللون الاحمر العلوي الذي وجد في المري.

وها هي مشاهدة فيما تبس المنسوج الخلوي وقرحة في المري وهي ان طفلا
عمره ستة ايام وبنيتة قوية وجلده احمر واطرافه اوديماوية متبسة وصياحه
اختناق ووجهه يعلن بالتألم ودخل المارستان في اليوم الثاني من ميه
ثم في اليوم الثالث شوهد احمر ارشديد حوالى الشرج واسهال مادة خضراء
كثيرة وفي زلالى كانه مستدام وقلس غزير بعد الشرب وصوت اصم في الصدر
عند القرع عليه في الجانب الايمن وكانت ضربات القلب خفية جدا يعسر
ادراكها ولولبالمستقصية الصدرية وكان الجلد باردا والطفل بقي في مهده كانه
بدون حياة (وعلاجه كان بمغلي الارز المصمغ ومنقوع الزيزفون المحلى بالسكر
وبالدلك الجفاف الخارج على الاطراف) وبقيت هذه الحالة العامة الى الرابع
غير انه شوهد فيه زيادة عن ذلك كثرة تقاى مادة خضراء شديدة السيولة ثم مات
في المساء بعد ان كلب في هذه الايام الثلاثة حالة كلتها حالة نزاع حياة حقيقة
ولما فتح جثته وجدت اطرافه متبسة وجلده قوى اللون واما الجهاز
الهضمي فكان فيه احتقان خفيف في قاعدة اللسان واحمر ارشديد في البلعوم
واحتقان واضح في الجزء العلوي من المري الذي وجد في طرفه السفلي ايضا
قرحة مستطيلة طولها ستة خطوط وعرضها اربع وعمقها مصغر وحوافها
سميكة حمراء كأنها تنضج دما وكان الغشاء المخاطي نالقا من مركز تفرق
الاتصال بحيث لم يبق ذلك المركز مكونا الامن الغشاء الخلوي واما المعدة
فلم يوجد فيها الا احتقان خفيف والمعادن الدقيق كان سليما في ثلثيه العلويين
ووجد قرب القسم اللفائي الاعورى صفائح جرابية كثيرة بعضها منسلخ قليلا
وشوهد بعض اجرة منعزلة مجاورة لتلك الصفائح والصمام اللفائي الاعورى
كان احمر منتفخا قليلا والغشاء الباطن للمع الغليظ كان شديد الاحمرار وكثير
الغضون منتفخة سهل التزق ومغشى بمواد مخاطية مخضرة شديدة الالتصاق

والجهاز

والجهاز التنفسي كان مجلساً لآفات كثيرة مهمة وذلك لان المزمار كان
شديداً الاحمرار والانتفاخ وبطنى الخنجره كانا مملوءين بمخاطية سميكه ملتصقة بهما
وكل من القصبة والشعب محرز بحزوز جمر والرئة اليمنى متكبدة فى اعظم جزء
من سعتها والقلب والاوعية الغليظة والمخ محتقنة بالدم

وينبغى ان نستخرج من جميع الآفات والعوارض التى مات بها الطفل ما ينسب
لما نحن مشتغلون به وهو التقرح العظيم الاهتمام فى المرى والتقيان الشاق
مع انه لم يكن هنالك التهاب معدى ولا يصح ان يجعل ذلك ناشئاً من الاحتقان
الخفيف فى المعدة ويلزم ايضا ان نعتبر هنا خفاء الصباح اى كونه اختناقياً
مكتوماً حيث توافق مع الالتهاب الشديد الغير الواضح فى المزمار ولاننا
عدم وجود اعراض الحمى مع ان الالتهاب كان متضاعفاً فى جميع الاعضاء
فى آن واحد

ثم الى الآن انما كانت مشاهدات الالتهاب المرى بدون تغير فى الافراز
واما المشاهدات الالتهابية فيؤخذ منها التهاب مريئ مضاعف بالموجيت
موجيت المرى وقد يصاب المرى بالموجيت وشاهد ذلك ما ذكره بليار وهو ان
طفلاً عمره شهر اصيب بعد ولادته بخمسة عشر يوماً برمد جننى وموجيت متفرق
وكان مجلس ذلك الموجيت بحسب الظاهر فى الغشاء المخاطى التامى فحمل مع
مرضته الى المارستان فى التاسع من جنفبراير واخبرت انه يتقيأ كثيراً مشروباً به
ولا ينتفع بها واربأخذ فى الذبول يومافىوما وفى الحقيقة كان هذا الطفل منتقع
اللون نحيفاً واطرافه السفلى مترشحة وصياحه ضعيفاً جداً ونبضه صغيراً بطياً
يضرب فى الدقيقة من ستين الى خمس وستين (فكان علاجه الماء المصنغ المحلى
وقطع الارضاع واستعمال اللبن الممزوج) وفى العشرين من الشهر زال جزء
من ارتشاح الاطراف وقوى صياح الطفل قليلاً لكن بحيث يظهر منه انه
غير كثير التألم غير انه يتقيأ دائماً كل مشروباً به (والعلاج كالاول) وفى الخامس
والعشرين كانت حالته العامة بعينها ولم يزل التقيء مستداماً ودامت هذه

الحالة معه الى اليوم الثاني من فوريير فانضم للاعراض السابقة اسهال
 (فاعطى له مغلى الارز المصنع واللبن المزوج) ومن الخامس منه الى العاشر
 زاد النحول والهبوط وتقرع الخدان وتكرشت الجهة الى غصون ودل الصياح
 بضعفه على ضعف زائد للمريض ولا سيما ضعف ضربات قلبه بحيث تظهر
 بواسطة السماع انها ارتعاشات لا نبضات حقيقية فاذا اجل الطفل او غير محله
 في مهده حصل له من هذه الحركة غالباً خروج قلنس اى سائل لبنى يكون
 احياناً مخلوطاً بقطع صغيرة متجمدة يضاء بجينية ثم انتهى الحال بالموت في مساء
 اليوم العاشر من الشهر ولما فتحت جثته في الصباح التالي ووجد من الظاهر
 عديم اللون ضعيف الحال كأن جميع اجزائه خالية من الدم وقاعدة اللسان
 مغطاة بطبقة سميكه من المخاط ووجد الغشاء المخاطى الغمى منتقع اللون
 والمرى منتشرة فيه صفحات غير منتظمة شديدة الاحمرار وفي بعض محال منه
 فساد تام للبشرة لمخاطية وما عدا ذلك يوجد في معظم سعة هذه القناة الغشائية
 عدد كثير لنقط من الموجيت تتقطع ببياضها مع الاحمرار الشديد للمرى
 وينقطع هذا الموجيت بانقطاع بشرة الغشاء ووجدت المعدة في غاية السلامة
 والغما الدقيق متهدداً بالغاز وانما يوجد في نهاية القاتني بعض صفحات حجر
 والغشاء المخاطى كان فيه ابتداء لبن وغشاء المعاء الغليظ كان احمر مكرشاً منتفخاً
 سهل التمزق واما الرئتان فكان في سعة عظيمة منهما قرقة وانما يوجد
 في طرف اليمنى فقط جزء من محدد ومتكبد والقضبان الجنينية وجدت منسدة والمخ
 في غاية السلامة

قال بليار وانما اخترنا هذه المشاهدة لان الالتهاب المزمن والمرى كان هو الداء
 المتسلطن وتيسرت لنا مشاهدة اعراضه التي كانت مع الطفل مدة الحياة
 مع غاية الانتباه فمن جهة نعتبر التقاى الشاق والنحول السريع والذبول الاخذ
 في الزيادة دائماً الى وقت الموت ومن جهة اخرى وجدنا المعدة سليمة والمرى شديد
 الالتهاب ومبذور افنيه قط من الموجيت بحيث اتسائلتزم بالطبيعة ان نجعل
 بين شدة وكثرة القى وفساد المرى نسبة قوية فحملنا على اعتبار كون

احدهما نتيجة للاخرو مع ذلك لا يسادر الا ان بتعميم التواعد بل نبقي على ملازمة الابحاث الخاصة في الامور الواقعية فنذكر مشاهدة اخرى في موجيت المريء.

وحاصلها ان طفلا ضعيف البنية عمره اربعة عشر يوما دخل المارستان في الخامس والعشرين من جوين ولم يكن معه امهال ولا قيء وانما كان غشاؤه المخاطي القمي شديدا لاجرار وفيه على حوافي اللسان بعض نقط من الموجيت وجميع سطح جسمه متلون بلون يرقاني خفيف (فعوج بلج يغلي الشعير المصمغ وغرغرة ملينة وحمية عن الرضاع ولبن ممزوج) وفي السادس والعشرين من الشهر حصل له اسهال مادة صفراء وفيه ايضا من مادة كذلك وتغير وجهه جدا وصار مجلسا لا تقباضات برهية تدل بحسب الظاهر على آلام وقية واجرح جدا ما حول دبره وصارت الاطراف باردة والنبض صغيرا جدا وقليل التوازر والصباح ضعيفا لكن غير مكتوم وغير اختناق (والعلاج كالسابق) وفي الثامن والعشرين صار الغشاء المخاطي القمي شديدا لاجرار وامتد الموجيت حتى صار صفحات ودام الاسهال وزاد القيء وقل اصفرار المواد وزال اليرقان وابتدأ الطفل في السقوط والذبول وفي التاسع والعشرين كانت الحالة كما ذكر وفي اليوم الثاني من الشهر التالي وهو جوليت اقطع الاسهال وكثر القيء ولم يقدر الطفل على امساك ما يسقاه ومات في تلك الحالة بعد الزوال ولما قحت جثته في اليوم التالي وجد على اللسان وسقف الحنك طبقة من الموجيت سميكه وفي طول المريء خطوط من الموجيت ايضا وجد فيما بينها سلوخ طويلة عميقة جدا ووجدت البشرة المخاطية تالفة في محاذ هذه السلوخ التي عمقها اجر لعلي ووجد في الطرف السفلي للمريء طبقة سميكه مستوية من الموجيت بقيت البشرة المخاطية تحتها سليمة لانه بعد ان رفع الموجيت وجدت ملتصقة بالغشاء المخاطي الذي كان يفصل ايضا عن ماتحته بدون تعسر ووجدت المعدة والمعال الدقيق في غاية السلامة واما الغشاء الباطن للمعال الغليظ فكان رخوا منتفخا بدون احرار ولم يوجد في الجهماز التنقي

والدورى تغير اصلا ووجد المخ سليما

فقد رأينا فى المشاهدتين السابقتين ان التهاب المريء المصوب بتغير فى الافراز
يتبع الالتهاب القمى مع الموجيت وشاهدنا التقايب الشاق حتى عند ما كانت
المعدة سليمة ومع ذلك يلزم قبل ان نستنتج النتائج النافعة من هذه المشاهدات
ان لا تترك التفتيش على ما نحن بصدده من آفات المريء واعراضها فنقول ان
الالتهاب اذا طالت مدته فى عضو ربما انتهى بالغنغري نافعيل الحال كذلك
فى المريء فنقول نعم غير ان غنغري نافعيل المريء نادرة ومع ذلك شوهدت فى الاطفال
الصغار وشاهد ذلك المناهضة الآتية

غنغري نافعيل المريء * شوهدت فى طفلة عمرها ستة عشر شهرا وكانت مصابة بداء
الحذبة فى وسط القسم الظهري من العمود الفقرى ومنطقة اللون خفيفة
ومع ذلك لا يظهر من صياحها ولا من محتها هيئة الم شديد فى عضو من
الاعضاء وكانت مغطومة منذ اشهر وانفق اثم ابعد اصابتها بحصبة مباركة
عرض لها فى الشفتين انه فاع كان فى الاول على هيئة حوصلات صغيرة شفافة
تبدلت بعد ذلك بسلوخ مغطاة بقشور مصفرة (قوباشفوية) ولاجل هذا الداء
دخلت المارستان فى سادس افريل ووجدت فيها الاعراض الآتية

وهى فى كثير خصوصا بعد الاكل وتجنش وقلس حمضى ونبض صغير بطئ
واتقاع عام وفى العاشر من الشهر جفت قشور الشفتين وسقطت ولم تتكون ناينا
ووجد معها قندل شهية الاغذية واضح وهبوط مستدام بدون انين وبدون
صياح وبدون اضطراب والحاديات نصف هذه البنت بلطف الاخلاق والهدوء
والسكون واما الاستفراغات التذلية فكانت اعتيادية وكان الجلد حارا
والنبض بطيا يضرب ستين فى الدقيقة وفى الثانى عشر ترشح الوجه بالمصل
وحصل فى الاطراف تحول سريع وصارت البنت تنقيا يسيرا من اللبن المعزج
الذى تشربه وكان وحده هو العلاج المأمور به من الطبيب وفى الثالث عشر
حصل امهال كثير وتوتر فى البطن وارتشاح فى الوجه وهبوط عام وبعض
تجنش وقلس بدون قى والنبض الذى هو دائما صغير صار متواترا بحيث

يضرب

ينسرب تسعين في الدقيقة واخذت الطفلة في السقوط المهول وبقيت هابطة
 ساكنة ونصيح قليلا ويظهر من حالها انها غير متألمة وفي الخامس عشر
 كانت حالتها كما سبق ووصلت الى اعلى درجة من الهبوط والانتقاع الزائد
 والامهال مع بعض تقاير مادة مخاطية مخلوطة بندف مبيضة وفي السابع
 عشر لم يكن شئ عظيم الاهتمام الا تقدم النحول وزيادة الامهال من
 مادة سائلة صفراء والبطن دائما منتفخ متور الى الآن لم يعط للطفلة الا مغلي
 الارز المصنغ واللبن الممزوج ومن السابع عشر الى العشرين بقيت المريضة
 دائما في هبوط وانتحال كل يوم حتى جاء الموت في الليلة الحادية والعشرين
 بدون ان تشاهد اعراض غير ماذكرنا ولما فتحت الجثة في اليوم الحادى
 والعشرين وجد اولاً ظاهراً الجسم عديم اللون زائده النحول ووجد القم سليماً
 غير انه شوه في الوجه انطلق لقوائم الالهة وعلى جوانب المزمار بعض نكت
 سنجابية رخوة مخاطية بدوا ترشيداً لاجرار وشوه مثل ذلك في طول
 المريء حيث تحول غشاؤه المخاطى الى خشك ريشة واسعة لونها هبابى
 ولما رفعت اهداباً وجدت فيها الخلية شديدة الاحمرار وسلوخ عميقة تكاد تغرق من
 سمك المريء ووجدت البشرة المخاطية نالقة في معظم سعة ولا يتكون منها
 في المحال الموجودة فيها الا قطع صغيرة غير منتظمة رخوة ملفوفة على نفسها
 وينتشر من هذا المريء راحة الغنغرينا ولا يوجد في المعدة الا بعض حرز حمر
 واما الغشاء المخاطى في المعال الدقيقة فكان عديم اللون بخلاف غشاء المعال
 الغليظ فانه وجد سميكاً احمر سهل التمزق مغشى بمادة مخاطية زائدة الكثرة
 والصفاء ووجدت الرئة سليمة والفتحات الجنينية مسدودة بلب المخ سليماً وانما
 تحتوى بطيئانه الجانبية على مصل اكثر من العادة يسير

ومن العسر جدا تشخيص التهاب مريئى وصل الى الحد الذى ذكرناه بمقتضى
 العدد القليل من الاعراض والحالة المستورة لهذا الطفل مدة الحياة ولذلك
 حصل اندهاش وتعجب عند فتح الجثة من وجدان هذا الفساد العميق في قناة
 المريء ومع ذلك نعتبر العلامة الممكنة لهذا التهاب هي التي مهمما كانت

ندرتة والتجشئ الكثير الذي كان مع هذا الطفل واما قلة الالم المأخوذة من حالة
الطفل وعدم وجود اعراض الحمى معه مع انه كان متقدما في السن فيمكن
ان ذلك بسبب كون الداء في جزء اصيب بالموت من ابتداء التهاب

وبالجملة قد علمنا من تلك المشاهدات التغيرات الرئيسة التي يقوم منها التهاب
المرى ويصح ان نزيد عليها ان البشرة المخاطية قد ترتفع من بعض المحال على
هيئة تقشر بدون ان يوجد هذا الاثر لالتهاب مصحوب بهذا التغير وان الغشاء
المخاطي للمرى قد يوجد ملونا بصفرة في المحال المتعرية من البشرة المخاطية
وان باطن هذه القناة قد يوجد مغشى وملونا بالمواد المقدوفة من المعدة نحو القم
اما مدة الحياة او وقت الموت فينبغي الحذر من ان تشبه آثارا لالتهاب بهذه
التغيرات المختلفة في اللون فان هذه ليست عظيمة الاهتمام قال بليار وقد وجدت
مرة لدينا هلاميا في الطرف السفلي من المرى الى اول ثلثة الاسفل بحيث
قارب ان ينقب وسندكر هذه الملاحظة في الكلام على التزيف المعوى لان
الطفل الذي هو موضوع اعلاها كان معه ذلك ايضا

واذا اردنا ان نذكر على سبيل الاجال الاعراض التي شاهدناها مفصلة
في الاطفال المصابين بالتهاب المري نرى ان اكثرها هو القيء وان هذا
القيء يحصل غالبا بدون التهاب معدى وان صفته الخاصة هي ان يعرض
اما بعد الازدراد حالا او بعد استقرار المشروبات والاغذية في المعدة زمنا يسيرا
والصفة الخاصة لمواد القيء هي ان تخرج كما دخلت تقريبا فتخرج المشروبات
بالصفة التي كانت عليها حين تعاطاها الطفل واما الاعراض الاخر كرفض
حلمة الثدي وعدم الشهية للمشروبات وازدراد الاغذية التي فيها بعض سيولة
باسهل من ازدراد السائلة والضعف المتزايد والهبوط في اعراض عامة
توجد في امراض غيره من اجزاء القناة الهضمية ولا يلتفت اليها الاتبع

قال بليار واظن انه لا بأس ان نشرح التهاب المري في المولودين
جديدا باسبابه واعراضه وعلاجه بعد ان اوضحناه ببعض مشاهدات
مخصوصة فنقول

الاسباب * الاحتقان الاعتيادي في مريء المولودين ينبغي ان يكون من الاسباب المهمة لالتهاب المريء الذي وجوده فيهم اكثر من وجوده في الكبار البالغين واما عدم ذكر بعض المؤلفين الذين كتبوا في امراض الاطفال لهذه الكثرة فذلك لاهمالهم ايضاح ذلك بالبحث في الجثة بعد الموت وخصوصا في البلعوم والمريء واما الاسباب المسببة فتنشأ من طبيعة ودرجة حرارة المشروبات التي يؤمر بها للاطفال فاذا قصد تقويتهم باعطائهم ملاعق من النبيذ والامراق واللبن الحار لزم ان هذه المشروبات تهيج العضو الذي تمر فيه حيث كان قبل ذلك مجلسا لاحتقان دموي يجعله مستعدا للفساد استعدادا غريزيا

الاعراض * الطفل المصاب به يحصل له قيء سريع اللبن الذي يسقى له بدون ان يعطى زمن للسائلات تنضم فيه ويرفض ثدي مرضعته فلا يتغذى بشئ ويهزل ويموت بدون ان تحصل له الاعراض التي سنذكرها فيما يأتي في التهابات الاجزاء الاخرى من القناة الهضمية واحيانا يتقيأ سوي مشروباته المواد التي تأتي من المعدة لكن ذلك نادر ما لم يكن هنالك مع ذلك التهاب معدى معوي ويقرب للعقل انه يوجد ايضا الم يختلف شدته في مسير المريء غير انه لم يوجد في الخارج علامة تحقق لنا ذلك ولكن يمكن اظهره من حالة الطفل بان يضغط عنقه على مسير المريء فان صاح من ذلك علم وجوده كذا قال بليار حسبما افهمته المشاهدات وذكر مونديران من الاعراض التي تقرب من ان تكون دائمة الفواق والقلس الكثير والتي المتكررة فالذي زاده بليار هنا هو قيء اللبن الذي يسقى له بدون ان يوجد فيه تغير من الهضم ولكن ما ذكره بليار من ان صياح الطفل اذا ضغط على عنقه يوضح وجود الالم فيه شئ وان ذكر مونديران مثله ايضا وذلك لان الضغط على عنق الطفل الصغير المولود قريبا يحرض صياحه وان لم يكن معه التهاب مريئي فالحق ان هذه واسطة غير موثوقة بها

اصناف الالتهاب المريئي * التغير الذي يقوم منه هذا الالتهاب لا يكون دائما كما ذكرنا قد يكون مجرد التهاب بسيط او اريثماوي وقد يكون التهابا مع تغير

في الافراز قد يكون التهابا غفريا ولما كان هذا الالتهاب في الغالب تابعا
للالتهاب القمي وكان لهذا صفات مشابهة بالبصر تتميز عن غيره كان ذلك حاملا
على ظن ان الطفل يكون مصابا بالتهاب مريئي مع قلاع او موجيت اذا
كانت الاعراض التي ذكرناها تابعة لالتهاب في مصحوب بقلاع او موجيت
ويظهر ان من العسر تشخيص قروح المريء وغنغرينته ما لم يتقيأ الطفل بقايا
ناجبة من الفساد المسبب من الداء في المريء.

العلاج * ينبغي قبل كل شيء ان يمنع عن المولود تعاطي المشروبات المنبهة
او الشديدة الحرارة فلا يسقى الا ما كان في درجة حرارة اللبن الخارج من ثدى
المرأة فاذا شوهده تقاياه كثيرا بعد الشرب حالا ينبغي ان لا يرضع ولا يسقى
الا كمية يسيرة ويوضع له ضماد على العنق خصوصا اذا شوهده عروضا اعراض
التهاب المريء. حسبا يقرب للعقل بعد التهاب القم وينبغي ان يخرج جزء بعيد
من القساة الهضمية تهيجا خفيفا اما بعض قعحات من الزيت الحلو المسمى
كلوميلاس او يحقن صغيرة من اللبن المحلى ومن حيث ان الطفل قد التغذية من
طريق القم فضعف بسبب ذلك وهزل ينبغي ان يجتهد في تغذيته من طريق آخر
بان يحقن المستقيم بمخلوط اجزاء متساوية من اللبن والمرق او من اللبن الموضوع
فيه قليل من دقيق تفاح الارض او نحوه.

قال بليار وما شاهدت في الاطفال المولودين بالالتهاب العصبي في المريء
انتهى مع انه قد يوجد في المقدمين في السن ويعرف فيهم باحساس بعقدة
او بحسب غريب يصعد من المعدة نحو البلعوم ويكفي لتجديد ذلك في الشخص
ادنى تأثير من البرد والغم او غيره من الانفعالات النفسانية واذا اكل الشخص
ذهب اللقمة من البلعوم بسهولة غير انها تقف في محل من المريء فتسبب
الما يستشعر به بين الكتفين وحيثما تنقذف الى الخارج بحركة في معرفة
ذلك في الاطفال الكبار يمكن اما في الصغار فعمرة ثم قال بليار ومع ذلك يصح
ان قيمهم ينشأ احيانا من انقباض تشنجي في هذا العضو لكن لما لم يتيسر لي
تأكيد ذلك بالملاحظات اكتفيت بذكره مع الشك قال ولتتم هذا المبحث بذكر

الموافقة العظيمة الاهتمام بين التهاب المريء والقيء مع ان المؤلفين في امراض الاطفال لم يلتفتوا لذلك وانما يذكرون في مؤلفاتهم شرطا طويلا على القيء بدون ان يتعرضوا لكون التهاب المريء سببا من اسباب هذه الظاهرة المرضية مع ان المشاهدات التي ذكرتها تدل على ان القيء عرض عام للالتهاب المريئي لاني اخترت لشرح اعراض هذا الالتهاب شرحا تفصيلا احوالا لم تشارك المعدة فيها المريء في الالتهاب

واذا تذكرت التجريبات التي فعلها بكلازلتوضيح المخالفات التي تتعلق بتجربيات ماچندي وغيره تحققت ان بكلازل عرف ان المريء له دخل قوي في القيء كما عرف ذلك غيره سابقا من زمن طويل وان المعدة المنضغطة بالعضلات البطنية والحجاب الحاجز تصير ما عدا ذلك منجذبة بالمريء الذي يقبوله مواد القيء ينقبض على نفسه فيدفعها الى الخارج بفعله الذاتي وما ذكرته هنا يقوى ذلك وذلك لان اذا فرضنا المريء ملتصقا اذ كانه حيث كان دائما متمنيا منها من فعل التهييج الذي هو محل له لا بد وان يفعل انقباضات كثيرة قادرة على قذف المواد المحوية في المعدة وربما كانت سهلة تقبالي المولودين مشروباتها ناشئة من الاجتهاد الاعتيادي في المريء وانما لهذا الاعتبار الفسيولوجية وان كانت خارجة عن موضوعنا العلمنا بان جميع افروع الطبية مرتبطة ببعضها وانه لا ينبغي متى اسعف الحال ان يترك توضيح شئ منها باخر

ثم ان القيء يمكن ان يكون علامة مشتركة بين امراض اخرى كثيرة لكن لا تعرض له بالنظر لتلك العرضية المشتركة الا اذا ذكرنا الاحوال التي يمكن مشاهدتها فيها

القسم الرابع

في امراض جزء القناة الهضمية الموضوع تحت الحجاب الحاجز

لنقسم الكلام في هذا الجزء من القناة الهضمية الى فصلين احدهما للمعدة والثاني للامعاء

الفصل الاول في امراض المعدة

في هذا الفصل ثلاث مقالات

المقالة الاولى

في عيوب التكون اى امور غير اعتيادية في المعدة

المعدة لا تقوم في اول خلقها الا من قناة منتفخة قليلا بالنسبة لبقاى القناة الهضمية وتكون موضوعة وضعافا دائما حتى يعظم تحدبها الكبير بعد ان لم يكن في الابتداء شيئا مذكورا ويتسع في العرض والسعة فيغير شكلها واتجاهها الاولين والفحة المريئية تكون منتفخة متسعة مدة جميع الحمل والبواب يتبدأ في الضيق نحو الشهر الرابع تقريبا ثم من الشهر السادس الى الولادة يظهر تدريجا الصمام الذى يحده هذه الفحة وعند تمام الحمل يصير في الغالب تاما وان قيل بخلاف ذلك

والامور الغير الاعتيادية في المعدة انما تكون بالاكثر في وضعها ولقد عرفت عندنا امثلة كثيرة فيها انحرام كل اى تغيرات تنظام في الاعضاء البطنية كلها والمعدة من جلستها تشاركها في انحرام الوضع وقد شاهد بارون كثيرا من ذلك في بيت اللقطاء

واما الامور الغير الاعتيادية في شكل المعدة فكثيرة غير انما قليلة الظهور كالتضيق الذى يوجد في طولها وكانه يقسمها الى جزئين او ثلاثة فتشبه ما هو من امثال ذلك في بعض الحيوانات وقد شوهد لكن على سبيل الندرة عدم اتصال المعدة بالاثني عشرى او انها لا تنفتح فيه الا بفتحة ضيقة جدا على انه شوهد ايضا ضيق عظيم في هذه الفحة اليسرى المذكورة مضاعفة بعدم وجود الصمام البوابى

والقد الكلى للمعدة لم يشاهد الا في الاطفال الذين عدم فيهم ايضا اعضاء اخرى كثيرة

واما فتوق هذا العضو فكثيرة ممكنة في بعض احوال مخصوصة وسنتكلم عليها

في

المقالة الثانية

في امراض المعدة التي تظهر مدة الحياة داخل الرحم

ينبغي لاجل ان تعرف جيدا الحالة المرضية للمعدة في المولودين ان تعرف
اولا حالتها السليمة وقد نتج من بحث الطيب بليار في معدة بعض اجنة ان الوجه
الباطن للمعدة يكون دائما ابيض ورديا واضحا ويوجد في الغشاء الباطن
خمل بارز يكثر ظهوره وربما كان اكثر ظهورا منه في البالغين ثم من الشهر الرابع
الى الخامس يسهل جدا فصل هذا الغشاء عن ماتحته من الاغشية تلحفة
التصاقه بها واذ ذكر مكيل انه يصير عظيم السمكة من الرابع الى الخامس من
العلوق وهذا مظنون ييلدى النظر واما بتدقيق النظر فينبغي ان تعلم انه اذا
ازيل زال معه غالب الغشاء العضلي والطبقة الخلوية التي تحته لانها لكونها
لم يتم تمييزها كفى الكبار تضم بالغشاء المخاطي وتلتصق به وتزال معه
عند ازالته واما وقت الولادة فالمعدة في الاطفال تكون غالبا قليلة التمدد
والانساع وتحتوى على بعض مواد مخاطية خيطية تختلط احيانا بقطع
متجمدة بيضاء يظهر انهم مخاط جامد وكثيرا ما يوجد في الاطفال الذين يموتون
وقت الولادة وقبل ان يشربوا شيئا من اللبن طبقة من المخاط يختلف سمكها
وتلتصق بسطح العضو واذ ارفعت بالنظر او بنظر مشروط وجد الغشاء الباطن
تحته جيد السلامة وهذه الطبقة تزول من الطفل بعد بعض ايام وهى التي
اعتبرها بعض المؤلفين ولا سيما قارون اوساخا ينبغي تحريض خروجها
في الاطفال المولودين وسيا في لسان مثل ذلك يشاهد ايضا في القناة المعوية
ونذكر هنا ما يتعلق بوضعهم تحريض اندفاع هذه المواد
ولون المواد المحوية في معدة المولودين يختلف من لون بياض البيض الى لون
المواد الصفراوية الكرائية ويوجد فيها احيانا مخاط مخلوط بمخروط حمر ومسمرة
لكن هذه التغيرات ناشئة من اسباب سنكلم عليها عندما نتكلم
على امراض المعدة

احتقان المعدة في الاجنة * احتقان المعدة كثير في الاجنة والمولودين ويختلف من الاحتقان الشعري المنفرع الى اللون البنفسجي العام في جدرانها ويلزم دائما للوقوف على السبب ان يعتبر حال الموت الذي مات به الطفل فلما كان الغالب هو الموت بالاختناق في الاجنة الذين يولدون امواتا كان كثيرا ما يوجد فيهم احتقان دموي في المعدة موافق للامتلاء العام في اوemie الخنثى التي يقف فيها غالبادام اسود سائل وكثيرا ما يوجد مع الاحتقان المذكور مقدار كبير من دم متصاعد الى سطح المعدة في الذين ماتوا في بطون امهاتهم او عند ولادتهم او بعد الولادة ببعض ساعات ولا ينبغي لنا نسبة هذه الاحتقانات الخلقية للالتهاب الماتنا قد تسبب من سبب مخانكى

التهابات المعدة في الاجنة * قد تفسد الالتهابات يقيما مغدة الطفل حين كونه محويا في الرحم فيحصل منها اتلاف واضح فيها غير مشكوك فيه ولاندكر امثلة لذلك ساقها بليار

منها ان مولودا دخل بيت الاطفال في سابع جوين قبل الزوال باربع ساعات ومات في المساء بدون ان يوجد معه من الاعراض الا صياح شاق واقباض يقرب للاستدامة في تحايط الوجه وبعض في من مواد مسودة وتحت جثته في اليوم التالي فكانت اطرافه متيبسة وظاهر الجسم سمينا والجلد زائد التلون والحبل السرى فيه بعض ذبول ووجد احتقان ضعيف واحمرار بنفسجي في البلعوم والحنجرة والمرى واجربة صغيرة كثيرة بيضاء في الوجه الباطن للمعدة وتنقب في التعذب الكبير للمعدة بقروح مستديرة بدون انتظام ناتجة كما هو واضح من فساد تركيب الاجربة المخاطية لان منها ما كان متقروح النصف وتلك القروح التي هي سطحية ومكونة فقط من الغشاء المخاطي مركزها اي عمقها اصفر جميل وحوافها المنتفخة قليلا حمراء لعلية متخللة بالنظر الابيض للغشاء المحيط بها ووجدت المعدة محتوية على بعض مخاطية خيطية مخلوطة بدم سميك لونها حمرى وبخطوط من دم لم يتغير لونه والغشاء المخاطي للمعدة الذي كان عديم اللون بدون لين ووجد في الاعور جلة من الاجربة

المبيضة لامعة قليلا ومحاط كل منها بدائرة حمراء غير انها لم تنزل غير متفرقة
 ووجدتني من تلك الاجربة في قولون الذي هو سليم مما عدا ذلك واحتقان
 دموي في الكبد وخضرة كراثية في الصفراء المحتوية عليها المرارة واحتقان
 دموي في الرئين واما القووهات الجنينية فاخذت في الانسداد والمخ قوي
 الاحتقان ولبه رخو وسهل تتبع الاوعية فيه حيث كانت اكثر عدد واو اعظم
 تقارب بعضها نحو الجسم المضع فشوهت ذاهبة متشعبة نحو كل
 نصف كرى

فهذه المشاهدة تدل دلالة واضحة على امكان حصول التهاب في المعدة مدة
 مكث الجنين في الرحم وينسب ما يوجد بعد الولادة من الفساد له ويمكن
 ان تنسب له اعراض يتغير فيها الطبيب فهنا كان المصاب بالاكثر هو الجهاز
 الجراحي وفساده الذي كان قليلا في الاعور قد يتفق لو طال المدة ان ينتمى
 حاله بان يصير كما في المعدة اذ الظاهر ان حدوثه كان جديدا لان الطفل لم يكن
 هن يلاظم لوقف نموه ومن ذلك يقرب للعقل انه ظهر في اواخر ايام الحياة داخل
 الرحم قال بليار وقد شاهدت مرات كثيرة هذا التغير في اطفال ما تو ابعد
 الولادة برمن يسير ولم تظهر نضافة في جنتهم وذلك يحمل على ظن ان هذه
 الافة تظهر غالبا في اواخر الحياة الرجية والاعراض تكون محصورة هنا
 في المنظر المقطب للوجه والصباح الشاق وفي المواد المسمرة وهذه العلامات
 قد تكون موجودة ايضا مع امراض اخرى في القناة الهضمية مع ان كثيرا
 ما شاهدت في المواد المسمرة في حالة التقرحات الجراحية في المولودين ويظهر لي
 انها نتيجة تغير في الدم المتصاعد في المعدة كما يؤكد ذلك الخطوط الجمر المخلوطة
 بهذه المواد وعلى كل حال هذه الاعراض وان جاز ان تكون مبهمة الا انها
 تستدعي بطبيعتها انتباه الاختصاص المخصوصين برعاية احوال الاطفال انتهى
 وشاهدت ينس هذه القروح الجراحية ايضا وذكر جله امثله لها وسفتكلم عنها
 في هذا الكتاب اذا استدعي الحال ذلك وبالجملة هذا النوع من التهاب المعدة
 كثير الوجود بحيث يمكن ان يعد مخصوصا ببدء الحياة خارج الرحم ومن

الواضح انه ما عدا صفاته المخصوصة وكثرة وجوده يكون وجوده قبل
الولادة اقله ببعض ايام ولا يشك في تقدمه وكثرة عدد قروحه خصوصا اذا مات
الطفل بعد الموت حالا او بر من يسير كما شاهد ذلك اوله يعرف في طفل عاش عشرين
ساعة ووجد في غشاء معدته ثمانية قروح ولم يتلف الا الغشاء المخاطي فقط
وكانت حواف القروح حراء ولون عقمها اصفر جديلا وذكروا قليلا مثله كثيرة
في كتابه في التشریح المرضي وصورة صورة القروح فيها فكانت مواهبة لما صوره
بليار في اشكاله التي عملها ورسم ايضا مع تلك الصور جملة امثلة في موجيت القم
والمعدة فيكون ذلك تأييدا لما ذكره بليار من ان الموجيت قد يوجد في غير القم
ومنها ان مولودا اتى ولد في الثالث عشر من نوفمبر نجيفا ضعيفا وصار يأخذ
في الضعف والهزال والهبوط كل يوم فدخل المارستان في التاسع عشر اعني
بعد ولادته بستة ايام وكانت اطرافه السفلى اودجاوية متباعدة وفي جسمه انتفاخ
عام وقه قتل وجلده حار جاف ونبضه صغير جدا ومعه اسهال اصفر كثير
وصياحه اختناقيا يكاد ان لا يسمع وبالقروح على الجانب الايسر للصدر يسمع
منه صوت اصم ولغط التنفس لا يسمع هناك (وعلاجه كان بجعل الشعر المصغ
ولعوقه لبن ممزوج) ومن العشرين الى الثاني والعشرين لم تظهر اعراض اخر
وانما كان يتقيأ من المشروبات التي تسقى له كمية يسيرة مع ندرة ذلك ايضا وصار
صياحه حادا قصيرا شاقا وفي السادس والعشرين اقطع الاسهال غير انه
عرض له كبرة التي وعسر وقتي في التنفس وصار في اطرافه بعض تلون بنفسي
والرشح فيها لم يزل دائما ومات الطفل في الثامن والعشرين

فلما فتحته وجد احمرارا شديدا مع انتفاخ واضح في الغشاء الباطن للمرى
وسبب اطرافه السفلى والمعدة كانت متعددة بالغاز مبيضة في معظم سعتها وقوام
غشائها الباطن كان كما في حالة السلامة ولكن وجد في محاذة الثلث البوابي
في اتجاه القوس الكبير قرحة عميقة مستديرة قطرها خطان وحواها حراء
مسجرة مرتفعة جدا ومقطوعة بانحراف ولم تحط هذه القرحة بانتفاخ التهابي
وكان عقمها مسود المنظر مكونا من الغشاء المصلي للعضو لتلف جميع سمك

الغشاء المخاطي ويؤخذ من شكلها وهيئة حوافها انها نتيجة فساد لجراب
مخاطي وتشبه من جميع الوجوه القروح الجرايية المزمنة التي توجد في القسم
اللفائفي الاعورى عند بعض المسولين فاذا نظر للمعدة من الظاهر شوهد
في الجزء المحاذي للقرحة شبه نكتة مسجرة مستديرة محاطة ببعض فروع
من اوعية قليلة التفرع وكان المعال دقيق سلجا وقولون فيه بعض انتفاخ
واحتقان يسير ووجد في الرئة اليسرى ابتداء تكبد والقوهات الجينية منفحة
والمخ لم يكن فيه الاحتقان يسير

قال بليارواطن ان هذا الطفل كانت معه قرحة المعدة التي ذكرناها من وقت
الولادة والتهاب المريء انما عرض في الازمنة الاخيرة وينبغي ان ينسب
لظهوره كثره التي وتواز ذلك الالتهاب مع التهاب الرئة الذي كانت علاماته
مدة الحياة واضحة لاشك انهما السبب الرئيس لموت هذا الطفل واما ضعفه
وذوله فينسب لقرحة المعدة وتلك القروح التي هي غير مؤلمة كغيرها من
الآفات المزمنة كان يتأني شفاؤها دون الانتهاء الاخرين اللذين يتقدمهما
كانا سببا لتقدحياة الطفل

والتهاب المعدة في الاطفال المولودين قدي بوجد له اشكال اخر ويتنوع من مجرد
احتقان شعري الى فساد يشبه بالفساد الذي ذكرناه ومعرفة ذلك عسرة يقينا
ومع ذلك اذا شاهد الطبيب في طفل مولود بعض اعراض الالتهاب المعدي
التي سنذكرها في محلها لزم ان يبادر باسعافه بالوسائط المذكورة في علاج
هذا الالتهاب

المقالة الثالثة

في امراض المعدة التي تظهر بعد الولادة

ذكر قدماء الفلاسفة وسما انكساجوراس قاعدة اصلية وتداولها الناس
بعد ذلك واشتهرت ودخلت في جميع العلوم العقلية والتقليدية وهي ان كل
شيء له سبب والعرب قديما تعرف ذلك وجاء في القرآن العظيم وجعلنا لكل شيء
سببا وتسمكت الاطباء بذلك فقالوا لا بد للنتيجة من سبب منتج ووضح

ذلك في هذه الازمنة الاخيرة بكلار وروستان وسيمابروسيه فتكدر وظائف
 عضوم من الاعضاء لا بد وان يكون نتيجة تغير في ذلك العضو وبهم من كلام
 بليتيار كغيره من مهرة الاطباء الان ان هذه القاعدة العامة وان كانت جيدة
 الصحة الا انها لاتؤخذ على عمومها ولان توضيح بتوضيح فاسد لان ذلك يزيل
 كثرة الاهتمام بها وحقيقتها ويبان ذلك ان وظائف العضو قد تكدر بدون
 ان يوجد في تركيب هذا العضو نفسه تغير محسوس مع ان السبب المادي لهذا
 التكدر موجود الان وجوده في جهة اخرى فعلى الطبيب ان يبحث عليه
 حتى يقاومه ودراسة امراض المعدة والامعاء في الاطفال الرضع تثبت لنا
 حقيقة ما قلناه اذ كثيرا ما يوجد تكدر في وظائف معدتهم بدون وضوح تغير
 فيها ويمكننا هنا ان نوضح هذه الظاهرة بان نجري على الطفل ما يجري على
 البالغين من حصول الاعراض التي نسمى بمقاوية اي اشتراكية بين المعدة
 وغيرها من اعضاء الجسم وتمسك فيما نذكره بالصدق والامانة ونجتهد
 في ان نعرف اقوالا بالبحث التفصيلي في الامور الواقعية الاسباب التي تنتج هذه
 الآفات فلا بأس لاجل انتظام حسن السلوك والسير في هذا العمل ان نقسم
 البحث في امراض المعدة في الاطفال الى قسمين البحث الاول في تكدر وظائف
 المعدة بدون اصابة محسوسة لجدرانها والبحث الثاني في الآفات العضوية
 في المعدة مع تكدر وظائفها او بدونها

البحث الاول

في تكدر الهضم المعدي (اي التخمرة)

المولودون والاطفال الرضع كثيرا ما يتقيأون اللبن الذي يرضعونه بعد شربه
 بزمن ما طويل او قصير فاحيانا يخرج منهم بالصفة التي دخل عليها واحيانا يخرج
 منهم نفا متمحمة او منعقدة الى كتل يختلف عظمها وقد تكلم معظم المؤلفين
 على هذه الظاهرة المرضية في بحث التي ولهذه التخمرة درجات كثيرة فتارة
 لا يكون الطفل مصابا بالاجعرد فاس يمرضه التهوع والضمك القهري وتساؤل
 مقدار كبير من اللبن في آن واحد فتتعدد المعدة جدا وتخلص حيثئذ عن الزائد

من الاغذية المحوية فيها بفيضان بسيط وتارة يكون التقاوي نتيجة تكدر
هضمي حقيقي اى سوء هضم لان هيئة مواد التقاوي ومنظرها يتحقق منهما ان
التأثير العصبي للمعدة لم يقدر على تغير اللبن بحيث يصير اهلا لان يمتص فاذا شوه
طفل يتقيأ في الحالة الاولى كان ذلك لاستعداد فيه بحيث يكفي لحصوله ادى
حركة تفعل في جسمه بقصد ابساطه وانشرأحه بل يكفي ايضا لتقيئه المشروبات
التي يشربها واللبن الذي يرضعه ان تمشى المرضعة به وهي حامله له مشيا عنيفا
ولذلك يكفي لمنعه بتعديد السبب

وكثيرا ما يوجد اللبن متجمدا الى كتل في المعدة حيث لم يتيسر هضمه كما به
على ذلك ونزيتين وغيره ونسبوا سبب ذلك لزيادة الحمض في المعدة اذ من الواضح
انه كثيرا ما ينتشر من فم الاطفال حينئذ رائحة حمض زائدة الواضح كالرائحة
التي تشاهد مثلا دائما بعد تكدر الحضم قال بليارد وجدت في خمسة عشر
طفلا ما نوابات غريبة عن الطرق الهضمية ان المعدة ممتلئة بلبن متجمد
وثلاثة منهم فقط كان معهم احتقان خفيف في المعدة واما البقية اى الاثنى عشر
فكانت جدران هذا العضو فيهم مبيضة في غاية السلامة فاذا فرضا ان هذا
التجمد في اللبن ناشئ من سبب آخر غير الالتهاب فما هذا السبب اهنا ناشئ من
كون اللبن الذي نعاطاه الطفل كثيرا الجبنية او من وجود حوامض في المعدة
تجمد بسببها هذا السائل وهل هذه الحوامض موجودة في المعدة من قبل
او ناتجة من فساد اللبن او ان هذه التخمرة ناشئة من كون المعدة غير ممتعة بجميع
القوة الحيوية والفعل العصبي الذي ينتشر فيه مائة ممارسة ونطاقها الهضمية
وهذا ما سئل لا يتيسر لنا الوقوف على اجوبتها ولكن نعتبر هذه الظاهرة هنا
مهما كان سببها نتيجة سوء هضم معدى حقيقي بدون التهاب في العضو
ولا اصابة ظاهرة في جدرانه ولنبادر في شرح اوصاف هذا الداء كما شرحه
الاطباء خوفا من ان يفهم اخذ ان الطفل يكون مصابا بالتهاب معدى
مضى لم ينهضم لبنه الذي يشرب به او تقيأ بعد زمن ما على هيئة قطع صغيرة
متجمدة وقد ذكر بيت هذا القلس اللبنى في الاطفال الرضع وشرحه بشرح

مخصوص وذكر تجربات كثيرة فعلها في الحيوانات يؤخذ منها إبطال الرأي
المشهور عموما وهو ان العلامة الرديئة لحة الطفل هي تقاياه اللبن حامضا
متجمدا فثبت هذا الطيب عكس ذلك وهو ان هذا التغير المزدوج في اللبن
انما هو تغير اولي يكايده هذا السائل ليسهل هضمه بعد ذلك
ومع ذلك قد يتقن ان المعدة لوجود التهاب فيمالاتهم الطعام فيتنقبأ الطفل
اللبن الذي يشربه متجمدا ~~لكن~~ في تلك الحالة يضم لهذا التي الاعراض
المخصوصة الدالة على وجود هذا الالتهاب في المعدة وبها تعرف الاافات
المصاحبة لهذا التي . وهناك احوال اخرى تكدر فيها الهضم بالكلية
فكما تقذف المعدة المشروبات والاغذية التي تحتوي عليها تقذف ايضا المواد
المعوية التي تطفونحو المعدة ويصح ان تنسب هذه العوارض لالتهاب شديد
في المري . كما ثبتنا ذلك سابقا لالتهاب معوى في اللغائفي او انسداد ما
في القناة الهضمية . وسنتكلم عن هذه الانخرامات الهضمية عند ما نتكلم
على الامراض التي تحدثها وليس هنالك مرض في الجهاز الدوري او المخي
الشوكي الا ويمكن ان يكدر الهضم المعدي في المولودين جديدا ويسبب تقيئهم
وهل تصاب الاطفال الرضع بالآلام المعدية تقول بعض اثبات ذلك لان الوجع
المعدي من حيث انه يعرف غالبا بالام كامن مستدام او متردد تكون المعدة مجلساله
ولم يكن هنالك واسطة يعرف منها تشكى الطفل من ذلك لم يكن هنالك دليل واضح
على وجوده فيهم لكن من حيث انه يشاهد في اعضاء اخرى نتيجة الانخرام
العصبي المشابه للانخرامات المتعلقة بالتكدرات العصبية في الهضم يمكن
ان نقرض في معدة الاطفال الصغار زيادة مرضية في الحساسية ولاشك ان هذه
الحالة هي التي عناها ~~كثير~~ من الاطباء في الكلام على قابلية التهيج
القوية في المعدة والتي التشبهي في الاطفال ولكن تقول انهم اهموا توضيح
هذا الموضوع ولم ينوادعواهم على امور واقعية لعدم امكان وجدانهم ذلك
يقينا واما ما ذكره روزان من ان التي يصدر من الحركات النفسانية وسببا للخوف
والانفعال القوي من عدم بلوغ المراد فذلك يقينا انما هو في الاطفال الذين هم

أكثر تقدما في السن ممن نحن في دراسة امراضهم الآن وقد ذكرنا ايضا
من اسباب تكرار الهضم التسمم فيسبب التي في الاطفال وذلك التسمم يحصل
بادخال جواهر مسجة في المعدة آتية من المواد المعدنية التي تتركب منها لعب
الاطفال او من الاواني التي توضع فيها اغذيتهم لكن هذا العارض نادر جدا
في السن الذي لا يتغذى فيه الطفل الابلين مرضعته او بالامراق الخفيفة

ولون مواد في الاطفال لا ينبغي التهاون به لانه قد يتضخ لئامنه سبب التي
وسنرجع كثيرا لهذا المبحث الذي يتم به الشرح لامراض القنساء الهضمية
وانما ذكر هنا انه اذا لم يكن محل القنسة الا في المعدة فقط تكون المواد دائما
مبيضة وقد تكون صفراء والغالب ان تكون نصف سائلة او متجمدة

واما معالجة هذا النوع من القنسة فلان ذكر فيها هنا لبعض كلمات اذا الغالب
ان هذا التي يثل الاهتمام به بحيث لا يلزم له زيادة الاتباء وهذه وصية
اندرود حيث ذكر ان المراضع والامهات تطمن قلوبهن من ذلك فيعتبرن
التي نافعا لاطفال وكنانه محل لصحة وافية فيهم ولكن نقول اذا كان
متكررا كثيرا والطفل منتقع اللون ضعيفا من عدم التغذية كان لا بأس
باتباع وصية روزان وهي ان اول شئ يفعل هو ان لا يسقى الطفل او يرضع
في مرة واحدة الا كمية يسيرة فاذا وجد فيه علامات سوء الهضم بعد ان
تعاطى كمية من اللبن اكثر مما تفعله معدته لزم ان يجتهد في تفرغها بان تنغش
الخصمة بريشة مبتلة من زيت الزيتون واذا كان حقا ان المعدة قد لا تقدر
احيانا على هضم اللبن لكونه كثيرا الجنية افلا يصح ان يبدل حينئذ الارضاع
الاممي بالارضاع الصناعي ولا يغذى الطفل الا باللبن المزوج او بمصل اللبن فقط
فاذا لم يهضم هذا ولا ذاك لزم اعطاء اغذية اخر كالامراق الخفيفة والاغذية
الهلامية والادقة الخفيفة كالبرغل ونحوه

فاذا كان التي المتكرر معويا بتساعد ظاهر لرائحة حمضية او كان مسبوقا
او متبوعا بجزوج مادة مخاطية خيطية بهيئة قلس وبالاختصار لم يكن مع
الطفل اعراض التهاب معدى لم يحصل خطر من استعمال بعض قنصات

من المغنيسيا المكسدة ومن غير النافع ان يضم لها الكمون والابرسا والزعفران
وان اوصى بذلك روزان لانها تؤثر يقينا على هذا المخلوط ومن غير النافع
ايضا الاستعانة بماء الشمار على حملها ويصح ان يكتفى بملعقة من الماء السكري
واوصى غرديان بماء الراوند اوبالراوند نفسه منضمما مع المغنيسيا لكن يلزم ان يعلم
ان هذه الوسائط تكون مضرّة اذا كان هناك ادنى التهاب في المعدة وانه
لا يؤمر بها طبعية متى كان هناك فيء لان هناك اسبابا كثيرة سذكرها
على التسابع قد تحدثه وان تكدر وظائف المعدة وان امكن حصوله بدون
التهاب فيها الا ان الغالب حصوله من التهاب او تغير في جزء من القناة الهضمية
هذا ما نتج من ابحاثنا كذا قال بليار وينبغي ان يبحث عن الجواهر السمية التي
دخلت في جوف الطفل وتقاوم بالوسائط المناسبة لها المذكورة في كتب
السموم فان كان التسمم باملاح النحاس والزئبق ابطل تأثيرها سر يعا بان يعطى
الطفل من الباطن المنشروبات الزلالية وسيمابياض البيض
والاطفال الركبار الذين يأكلون الخبز واللحم الدسم معرضون ايضا للقيء فيعطى
لهم لاجل ذلك منقوع خفيف من الشاي وتغير اغذيتهم والتي الحاصل
من شدة قابلية المعدة له يشفى بالجواهر المرة ووضع ضمادات على الخثرة مناسبة
لذلك واذا حصل هذا العارض زمن التسنين من تهيج اللثة كما سبق عولج بوضع
بعض علق خلف الاذنين ليتغير موضع هذا التهيج فان ظن وجود التهاب
في الغشاء المخاطي المعدي استعملت الاستقيامات الفاترة والكبادات المليئة
على القسم المعدي وبعض علق على هذا القسم فبذلك يتقطع القيء حالا فان كان
حاصلا من ارتداع اندفاع جملدى وضع المريض في حمام فاتر ثم يبدل جميع
جلده ويسكن لينام فاذا دام القيء بعد ذلك وضعت سراقفة في الانخفاض
المعدي فان كان ذلك القيء حاصلا من بخار الفحم لزم تعريض الطفل للهواء
الخالص وينشق بالخل اوبروح النوشادر وهو الاحسن فاذا ظن كون هذا
حاصلا من وجود ديدان شقي بعلاجها وجميع ذلك سترجع اليه

المبحث الثاني

في آفات المعدة مع تكدر وظائفها وابدونه

قال

قال بليار اذا اخذنا اعراض الامراض قاعدة لتقسيمنا فنظر لان نضم
امراضا بعضها ليس لجلسها ارتباط بما هنا لان الآفات المختلفة التي تصاب بها
المعدة تحصل منها اعراض مختلفة بحيث يعسر احياانا ادخالها في رتبة
واحدة فاذا قسمنا امراض المعدة على حسب الاصابات التشريحية التي تسميها
وصلنا بذلك لشرحها جيدا وذلك هو ما نفعله هنا فنقسم الامراض المعدية
التي تظهر بعد الولادة الى احتقانات ضعيفة والى التهابات ولكن ذلك
في مطلبين

المطلب الاول

في الاحتقانات المعدية

معدة الاطفال زمن ولادتهم توجد غالبا بل داثما محتقنة بالدم في عرض ادنى
تكد في الدورة الدموية العامة او الرئوية احتقنت الاوعية البطنية بدم اسود
سائل يطفو في الاوعية الشعرية فتحترق فروعها المتضاعفة وتمتلئ فيكون
منظر جدران المعدة من الباطن مجرا كثيرا اوقليلا فاذا فحنت جنة تلك
الاطفال وجد على السطح الباطن للغشاء المخاطي احتقان اما على هيئة
تفرع شعري او على هيئة صفحات ويعرف ذلك الاحتقان بمنظره المزرقي
وتلونه الواضح في اسفل جزء من العضو وبغيوبة الانتفاخ مع سهولة تمزق
المنسوج الخسلوى وخصوصا بالاحتقان العام للعضو والغليظة الوريدية
في البطن والكبد والطحال والاجوفين والقلب والرئين فالدم الذي يقف
في اوعية المعدة بتنديته اجزاءها يتقذ بحركة ميضائية الى المنسوج الخسلوى
تحت الجلد ويترشح في الغشاء المخاطي نفسه ويتصعد من السطح الخالص لهذا
الغشاء بحيث يلون المادة المخاطية الساترة له او يحصل منه زيف ضعفي وامثلة
الاحتقان الضعفي في معدة الاطفال الرضع كثيرة لا يحتمل المقام ذكرها كلها
ولكن نذكر واحدا منها فقط يوجد فيه الصفات التشريحية التي ذكرناها
وهو هذا

يُطل عمره ثمانية ايام دخل بيت الاطفال واعطى من وقت مجيئه لمرضعة متقاعدة

احتقان المعدة في الاجنة * احتقان المعدة كثير في الاجنة والمولودين ويختلف
من الاحتقان الشعري المتفرع الى اللون البنفسجي العام في جدرانها ويلزم
دائما للوقوف على السبب ان يعتبر حال الموت الذي مات به الطفل فلما كان
الغالب هو الموت بالاختناق في الاجنة الذين يولدون امواتا كان كثيرا ما يوجد
فيهم احتقان دموي في المعدة موافق للامتلاء العام في اوعية الخلية التي يقف
فيها غايبا دم اسود سائل وكثيرا ما يوجد مع الاحتقان المذكور مقدار كبير
من دم متصاعد على سطح المعدة في الذين ماتوا في بطون امهاتهم او عند ولادتهم
او بعد الولادة ببعض ساعات ولا ينبغي لنا نسبة هذه الاحتقانات الخلقية
للالتهاب لما انتهت قد تسبب من سبب مخانكي

التهابات المعدة في الاجنة * قد تفسد الالتهابات يقيما المعدة الطفل حين كونه
محويا في الرحم فيحصل منها اتلاف واضح فيها غير مشكوك فيه ولذا كرامثلة
لذلك ساقها بليار

منها ان مولودا دخل بيت الاطفال في سابع جوبين قبل الزوال باربعة ساعات
ومات في المساء بدون ان يوجد معه من الاعراض الا صياح شاق واقتباس
يقرب للاستدامة في تحايط الوجه وبعض في من مواد مسودة وفحت جثته
في اليوم التالي فكانت اطرافه متبسة وظاهر الجسم سمينا والجلد زائد
اللون والحبل السري فيه بعض ذبول ووجد احتقان ضعيف واحمرار
بنفسجي في البلعوم والحجرة والمرى واجربة صغيرة كثيرة بيضاء في الوجه
الباطن للمعدة وتنقب في التحديب الكبير للمعدة بقروح مستديرة بدون انتظام
ناجمة كما هو واضح من فساد تركيب الاجربة المخاطية لان منها ما كان متفرج
النصف وتلك القروح التي هي سطحية ومكونة فقط من الغشاء المخاطي
مركزها اي عمقها اصفر جميل وحوافها المنتفخة قليلا جحرا لعلية متخللة
بالمنظر الابيض للغشاء المحيط بها ووجدت المعدة محتوية على بعض مخاطية
خيطية مخلوطة بندف سميكة لونها حمرق وبخطوط من دم لم يتغير لونه والغشاء
المخاطي للمعدة الدقيق كان عديم اللون بدون لين ووجد في الاعور جولة من الاجربة

المبيضة لامعة قليلا ومحاط كل منها بدائرة حمراء غير انهما لم تزل غير متقرحة
 ووجدت شي من تلك الاجربة في قولون الذي هو سليم مما عدا ذلك واحتقان
 دموي في الكبد وخضرة كرائية في الصفراء المحتوية عليها المرارة واحتقان
 دموي في الرئتين واما القوهاد الجنينية فاخذت في الانسداد والمنخ قوي
 الاحتقان ولبه رخو وسهل تتبع الاوعية فيه حيث كانت اكثر عددا واعظم
 تقارب البعضها نحو الجسم المضلع فتوهست ذاهبة متسعة فتحوكل
 نصف كرى

فهذه المشاهدة تدل دلالة واضحة على امكان حصول التهاب في المعدة مدة
 مكث الجنين في الرحم وينسب ما يوجد بعد الولادة من الفساد له ويمكن
 ان تنسب له اعراض يتحير فيها الطبيب فهنا كان المصاب بالاكثر هو الجهاز
 الجراي وفساده الذي كان قليلا في الاعور قد يتفق لوطالت المدة ان ينتهي
 حاله بان يصير كما في المعدة اذ الظاهر ان حدوثه كان جديدا لان الطفل لم يكن
 هز يلا فلم يوقف نموه ومن ذلك يقرب لانه قل انه ظهر في اواخر ايام الحياة داخل
 الرحم قال بليار وقد شاهدت مرات كثيرة هذا التغير في اطفال ما توا بعد
 الولادة بزمن يسير ولم تظهر نضافة في جنتهم وذلك يحمل على ظن ان هذه
 الافة تظهر غالبا في اواخر الحياة الرجية والاعراض تكون محصورة هنا
 في المنظر المقطب للوجه والصياح الشاق وفي المواد المسمرة وهذه العلامات
 قد تكون موجودة ايضا مع امراض اخرى في القناة الهضمية مع اني كثيرا
 ما شاهدت في المواد المسمرة في حالة التقرحات الجرايية في المولودين ويظهر لي
 انها نتيجة تغير في الدم المتصاعد في المعدة كما يوكد ذلك الخطوط الحمراء المحلوطة
 بهذه المواد وعلى كل حال هذه الاعراض وان جاز ان تكون مهمة الا انها
 تستدعي بطبيعتها انتباه الاخصاص المخصوصين برعاية احوال الاطفال انتهى
 وشاهدت بنين هذه القروح الجرايية ايضا وذكر جملة امثلة لها وسنتكلم عنها
 في هذا الكتاب اذ استدعي الحال ذلك وبالجمله هذا النوع من التهاب المعدة
 كثير الوجود بحيث يمكن ان يعد مخصوصا باثناء الحياة خارج الرحم ومن

الواضح انه ما عدا صفاته المخصوصة وكثرة وجوده يكون وجوده قبل
الولادة اقله ببعض ايام ولا يشك في تقدمه وكثرة عدد قروحه خصوصا اذ مات
الطفل بعد الموت حالا او برز من يسير كما شاهد ذلك اوله في ربي طفل عاش عشرين
ساعة ووجد في غشاء معدته ثمانية قروح ولم يتلف الا الغشاء المخاطي فقط
وكانت حواف القروح حمراء ولون عمقها اصفر جيلاد ذكر كرو في ربي امثلة كثيرة
في كتابه في التشريح المرضي وصورة صورة القروح فيها فكانت مواهبة لما صورته
بليار في اشكاله التي عملها ورسم ايضا مع تلك الصور به امثلة في موجيت القم
والمعدة فيكون ذلك تأييد لما ذكره بليار من ان الموجيت قد يوجد في غير القم
ومنهم ان مولودا انثى ولد في الثالث عشر من نوفمبر تحيضا ضعيفا وصار يأخذ
في الضعف والهزال والهبوط كل يوم فدخل المارستان في التاسع عشر اعنى
بعد ولادته بستة ايام وكانت اطرافه السفلى اودجاوية متباعدة وفي جسمه انتفاخ
عام وقه قلى وجلده حار جاف ونبضه صغير جدا ومعه اسهال اصفر كثير
وصياحه اختناق يكاد ان لا يسمع وبالقرع على الجانب الايسر للصدر يسمع
منه صوت اصم ولغط التنفس لا يسمع هناك (وعلاجه كان بمغلي الشعير المصغ
ولعوق ولبن ممزوج) ومن العشرين الى الثاني والعشرين لم تظهر اعراض اخر
وانما كان يتقيأ من المشروبات التي تسقى له كمية بسيرة مع ندرة ذلك ايضا وصار
صياحه حادا قصيرا شاقا وفي السادس والعشرين انقطع الاسهال غير انه
عرض له كثرة القيء وعسر وقتي في التنفس وصار في اطرافه بعض تلون بنفسجي
والرشح فيه لم يزل دائما ومات الطفل في الثامن والعشرين

فلما فتحت جنته وجد احمرارا شديدا مع انتفاخ واضح في الغشاء الباطن للمرى
وسما اطرافه السفلى والمعدة كانت ممتدة بالغاز مبيضة في معظم سعتها وقوام
غشائها الباطن كان كافي حالة السلامة ولكن وجد في محاذة الثلث البوابي
في اتجاه التقوس الكبير قرحة عميقة مستديرة قطرها خطان وحواها حمراء
مسمرة مرتفعة جدا ومقطوعة بانحراف ولم تحط هذه القرحة بانتفاخ التهابي
وكان عمقها مسود المنظر مكونا من الغشاء المصلي للعضو لتلف جميع سمك

الغشاء المخاطي ويؤخذ من شكلها وهيئة حوافها انها نتيجة قساذ لجراب
مخاطي وتشبه من جميع الوجوه القروح الجرايية المزمنة التي توجد في القسم
اللفائي الاعورى عند بعض المسولين فاذا نظر للمعدة من الظاهر شوهد
في الجزء المحاذي للقرحة شبه نكتة مسجرة مستديرة محاطة ببعض فروع
من اوعية قليلة التفرع وكان المعال الدقيق سليما وقولون فيه بعض انتفاخ
واحتقان يسير ووجد في الرئة اليسرى ابتداء تكبد والفوهات الجنينية منفحة
والحلم لم يكن فيه الاحتقان يسير

قال بليسا واطن ان هذا الطفل كانت معه قرحة المعدة التي ذكرناها من وقت
الولادة والتهاب المريء انما عرض في الازمنة الاخيرة وينبغي ان ينسب
لظهوره كثره التي مواتره وذلك الالتهاب مع التهاب الرئة الذي كانت علاماته
مدة الحياة واضحة لاشك انهما السبب الرئيس لموت هذا الطفل واما ضعفه
وذوله فينسب لقرحة المعدة وتلك القروح التي هي غير مؤلمة كغيرها من
الآفات المزمنة كان يتأق شفاؤها دون الانتهاء الاخرين اللذين يتقدمهما
كانا سببا لفقد حياة الطفل

والتهاب المعدة في الاطفال المولودين قدي يوجد له اشكال اخري تنوع من مجرد
احتقان شعري الى فساد يشبه بالفساد الذي ذكرناه ومعرفة ذلك عسرة يقينا
ومع ذلك اذا شاهد الطبيب في طفل مولود بعض اعراض الالتهاب المعدي
التي سنذكرها في محلها لم ان يسادر باسعافه بالوسائط المذكورة في علاج
هذا الالتهاب

المقالة الثالثة

في امراض المعدة التي تظهر بعد الولادة

ذكر قدماء الفلاسفة وسما انكساجوراس قاعدة اصلية وتداولها الناس
بعد ذلك واشتهرت ودخلت في جميع العلوم العقلية والتقليية وهي ان كل
شيء له سبب والعرب قديما تعرف ذلك وجاء في القرآن العظيم وجعلنا لكل شيء
سببا وتمسكت اطباء بذلك فقالوا لا بد للنتيجة من سبب منتج وواضح

ذلك في هذه الازمنة الاخيرة بكلار وروستان وسيمابروسية فتكدر وظائف
 عضوم من الاعضاء لابدوان يكون نتيجة تغير في ذلك العضو ويفهم من كلام
 بليار كغيره من مهرة الاطباء الان ان هذه القاعدة العامة وان كانت جيدة
 الصحة الا انها لاتؤخذ على عمومها ولان توضيح بتوضيح فاسد لان ذلك يزيل
 كثرة الاهتمام بها وحقيقتها ويبيان ذلك ان وظائف العضو قد تتكدر بدون
 ان يوجد في تركيب هذا العضو نفسه تغير محسوس مع ان السبب المادى لهذا
 التكدر موجود الان وجوده في جهة اخرى فعلى الطبيب ان يبحث عليه
 حتى يقاومه ودراسة امراض المعدة والامعاء في الاطفال الرضع تثبت لنا
 حقيقة ما قلناه اذ كثيرا ما يوجد تكدر في وظائف معدتهم بدون وضوح تغير
 فيها ويمكننا هنا ان نوضح هذه الظاهرة بان نجري على الطفل مايجرى على
 البالغين من حصول الاعراض التي نسمى بمبالتوية اى اشتراكية بين المعدة
 وغيرها من اعضاء الجسم وتمسك فيما نذكره بالصديق والامانة ونجتهد
 في ان نعرف اولاً بالبحث التفصيلي في الامور الواقعية الاسباب التي تنتج هذه
 الآفات فلا بأس لاجل انتظام حسن السلوك والسير في هذا العمل ان نقسم
 البحث في امراض المعدة في الاطفال الى قسمين البحث الاول في تكدر وظائف
 المعدة بدون اصابة محسوسة لجدرانها والبحث الثاني في الآفات العضوية
 في المعدة مع تكدر وظائفها او بدونها

البحث الاول

في تكدر الهضم المعدي (اي التخممة)

المولودون والاطفال الرضع كثيرا ما يتقيأون اللبن الذي يرضعونه بعد شربه
 بزمن طاول او قصير فاحيانا يخرج منهم بالصفة التي دخل عليها و احيانا يخرج
 منهم نفاثات عسيدة او منعقدة الى كتل يختلف عظمها وقد تكلم معظم المؤلفين
 على هذه الظاهرة المرضية في بحث القيء ولهذه التخممة درجات كثيرة فتارة
 لا يكون الطفل مصابا بالاجبرد فاس يحرضه التهوع والغثك القهري وتناول
 مقدار كبير من اللبن في آن واحد فتتعدد المعدة جدا وتخلص حيثئذ عن الزائد

من الاغذية الجوية فيها بفيضان بسيط وتارة يكون التقاين نتيجة تكدر هضمي حقيقي اى سوء هضم لان هيئة مواد التي ومنظرها يتحقق منهما ان التأثير الصغى للمعدة لم يقدر على تغير اللبن بحيث يصير اهلا لان يمتص فاذا شوهد طفل يتقيأ في الحالة الاولى كان ذلك لاستعداد فيه بحيث يكفي لمصولة ادى حركة تفعل في جسمه بقصد تبساطه وانسراحه بل يكفي ايضا لتقيئه المشروبات التي يشربها واللبن الذي يرضعه ان تمشى المرضعة به وهي حاملة له مشيا عنيفا ولذلك يكفي لمنعته تبعيد السبب

وكثيرا ما يوجد اللبن متجمدا الى كتل في المعدة حيث لم يتيسر هضمه كما به على ذلك وزنتين وغيره ونسبوا سبب ذلك لزيادة الحمض في المعدة اذ من الواضح انه كثيرا ما ينتشر من فم الاطفال حينئذ رائحة حمض زائدة الواضح كالرائحة التي تشاهد مثلا دائما بعد تكدر الهضم قال بليار قد وجدت في خمسة عشر طفلا ما نوايا قات غريبة عن الطرق الهضمية ان المعدة ممتلئة بلبن متجمد وثلاثة منهم فقط كان معهم احتقان خفيف في المعدة واما البقية اى الاثنى عشر فكانت جدران هذا العضو فيهم مبيضة في غاية السلامة فاذا فرضنا ان هذا التجمد في اللبن ناشئ من سبب آخر غير الالتهاب فما هذا السبب اهذناشي من كون اللبن الذي نعاطاه الطفل كثيرا الجبنية او من وجود حوامض في المعدة تجمد بسببها هذا السائل وهل هذه الحوامض موجودة في المعدة من قبل او ناتجة من فساد اللبن او ان هذه التخمرة ناشئة من كون المعدة غير ممتعة بجميع القوة الحيوية والفعل العصبي الذي ينتشر في سادة ممارسة وظائفها الهضمية وهذا مسئلة لا يتيسر لنا الوقوف على اجوبتها ولكن نعتبر هذه الظاهرة هنا مهما كان سببها نتيجة سوء هضم معدى حقيقي بدون التهاب في العضو ولا اصابة ظاهرة في جدرانه ولنبادر في شرح اوصاف هذا الداء كما شرحه الاطباء خوفا من ان يفهم اخذ ان الطفل يكون مصابا بالتهاب معدى متى لم ينضم لبنه الذي يشربه او تقيأ بعد زمن ما على هيئة قطع صغيرة متجمدة وقد ذكر بيت هذا القلس اللبنى في الاطفال الرضع وشرحه بشرح

ذلك في هذه الازمنة الاخيرة بكلار وروستان وسيابروسية فتكدر وظائف
 عضوم من الاعضاء لابدوان يكون نتيجة تغير في ذلك العضو وبفهم من كلام
 بليتيار كغيره من مهرة الاطباء الان ان هذه القاعدة العامة وان كانت جيدة
 الصحة الا انها لاتؤخذ على عمومها ولان توضيح بتوضيح فاسد لان ذلك يزيل
 كثرة الاهتمام بها وحقيتها ويبيان ذلك ان وظائف العضو قد تكدر بدون
 ان يوجد في تركيب هذا العضو نفسه تغير محسوس مع ان السبب المادى لهذا
 التكدر موجود الان وجوده في جهة اخرى فعلى الطبيب ان يبحث عليه
 حتى يقاومه ودراسة امراض المعدة والامعاء في الاطفال الرضع تثبت لنا
 حقيقة ما قلناه اذ كثيرا ما يوجد تكدر في وظائف معدتهم بدون وضوح تغير
 فيها ويمكننا هنا ان نوضح هذه الظاهرة بان نجري على الطفل مايجرى على
 البالغين من حصول الاعراض التى تسمى بمجاثوبة اى اشتراكية بين المعدة
 وغيرها من اعضاء الجسم وتمسك فيما نذكره بالصدق والامانة ونجتهد
 في ان نعرف اولاً بالبحث التفصيلي في الامور الواقعية الاسباب التى تنتج هذه
 الآفات فلا بأس لاجل انتظام حسن السلوك والسير في هذا العمل ان نقسم
 البحث في امراض المعدة في الاطفال الى قسمين المبحث الاول في تكدر وظائف
 المعدة بدون اصابة محسوسة بحدرائها والمبحث الثانى في الآفات العضوية
 في المعدة مع تكدر وظائفها او بدونها

المبحث الاول

في تكدر الهضم المعدى (اى النخمة)

المولودون والاطفال الرضع كثيرا ما يتقيأون اللبن الذى يرضعونه بعد شربه
 بزمن ما طويل او قصير فاحيانا يخرج منهم بالصفة التى دخل عليها واحيانا يخرج
 منهم نفاثات عجمدة او منعقدة الى كتل يختلف عظمها وقد تكلم معظم المؤلفين
 على هذه الظاهرة المرضية في مبحث التقيء ولهذه النخمة درجات كثيرة فتارة
 لا يكون الطفل مصابا بالابجرد قلنس يحرضه التهوع والخصن القهري وتناول
 مقدار كبير من اللبن في آن واحد فتتدد المعدة جدا وتخلص حينئذ عن الزائد

من الاغذية الجوية فيها فيضان بسيط وتارة يكون التقاوي نتيجة تكدر هضمي حقيقي اى سوء هضم لان هيئة مواد التي ومنظرها يتحقق منها ان التأثير الصمى للمعدة لم يقدر على تغير اللبن بحيث يصير اهلا لان يمتص فاذا شوهد طفل يتقيأ في الحالة الاولى كان ذلك لاستعداد فيه بحيث يكفي لمصولة ادى حركة تفعل في جسمه بقصد تبساطه وانسراحه بل يكفي ايضا لتقيسه المشروبات التي يشربها واللبن الذي يرضعه ان تمشى المرضعة به وهي حامله له مشيا عنيفا ولذلك يكفي لمنعه بتعديد السبب

وكثيرا ما يوجد اللبن متجمدا الى كتل في المعدة حيث لم يتيسر هضمه كما به على ذلك وزيتون وغيره ونسبوا سبب ذلك لزيادة الحمض في المعدة اذ من الواضح انه كثيرا ما ينتشر من فم الاطفال حينئذ رائحة حمض رائدة الوضوح كالرائحة التي تشاهد مثلا دائما بعد تكدر اللبن قال بليسا قد وجدت في خمسة عشر طفلا ما نوبأ كات غريبة عن الطرق الهضمية ان المعدة ممتلئة بلبن متجمد وثلاثة منهم فقط كان معهم احتقان خفيف في المعدة واما البقية اى الاثنى عشر فكانت جدران هذا العضو فيهم مبيضة في غاية السلامة فاذا فرضنا ان هذا التجمد في اللبن ناشئ من سبب آخر غير الالتهاب فما هذا السبب اهذنا نشئ من كون اللبن الذي تعاطاه الطفل كثيرا الجبنية او من وجود حوامض في المعدة تجمد بسببها هذا السائل وهل هذه الحوامض موجودة في المعدة من قبل او ناتجة من فساد اللبن او ان هذه التخمرة ناشئة من كون المعدة غير متمعة بجميع القوة الحيوية والفعل العصبي الذي ينتشر في مادة ممارسة وظائفها الهضمية وهذا مسئلة لا يتيسر لنا الوقوف على اجوبتها ولكن نعتبر هذه الظاهرة هنا مهما كان سببها نتيجة سوء هضم معسدى حقيقي بدون التهاب في العضو ولا اصابة ظاهرة في جدرانه ولنبادر في شرح اوصاف هذا الداء كما شرحه الاطباء خوفا من ان يفهم اخذ ان الطفل يكون مصابا بالتهاب معدى متى لم ينضم لبنه الذي يشربه او تقيأ بعد زمن ما على هيئة قطع صغيرة متجمدة وقد ذكرت هذا القلس اللبنى في الاطفال الرضع وشرحه بشرح

مخصوص وذكر تجربات كثيرة فعلها في الحيوانات يؤخذ منها ابطال الرأى المشهور عموما وهو ان العلامة الرديئة لصحة الطفل هي تقايب اللبن حامضا متجمدا فثبت هذا الطبيب عكس ذلك وهو ان هذا التغير المزدوج في اللبن انما هو تغير اولي يكابده هذا السائل ليسهل هضمه بعد ذلك

ومع ذلك قد يتفق ان المعدة لوجود التهاب فيها لا تهضم الطعام فيتقيأ الطفل اللبن الذي يشربه متجمدا لكن في تلك الحالة يتضم لهذا القيء الاعراض المخصوصة الدالة على وجود هذا الالتهاب في المعدة وبها تعرف الاافات المصاحبة لهذا القيء. وهناك احوال اخرى تكدر فيها الهضم بالكلية فكما تقذف المعدة المشروبات والاغذية التي تحتوى عليها تقذف ايضا المواد المعوية التي تطفو نحو المعدة ويصح ان تنسب هذه العوارض لالتهاب شديد في المريء كما اثبتنا ذلك سابقا ولا لتهاب معوي في الفماني وانسد اذتما في القناة الهضمية وستتكم عن هذه الانخرامات الهضمية عند ما نتكلم على الامراض التي تحدثها وليس هنالك مرض في الجهاز الدوري او المخى الشوكي الا ويمكن ان يكدر الهضم المعدي في المولودين جديدا بسبب تقيئهم وهل تصاب الاطفال الرضع بالآلام المعديّة تقول بعض رائبات ذلك لان الوجع المعدي من حيث انه يعرف غالبا بالام كامن مستدام او متردد تكون المعدة مجلسه ولم يكن هنالك واسطة يعرف منها تشكى الطفل من ذلك لم يكن هنالك دليل واضح على وجوده فيهم لكن من حيث انه يشاهد في اعضاء اخرى نتيجة الانخرام العصبي المشابه للانخرامات المتعلقة بالتكدرات العصبية في الهضم يمكن ان تفرض في معدة الاطفال الصغار زيادة مرضية في الحساسية ولا شك ان هذه الحالة هي التي عناها كثير من الاطباء في الكلام على قابلية التهييج القوية في المعدة والقيء التشبهي في الاطفال ولكن نقول انهم اهتموا بوضع هذا الموضوع ولم ينو ادعواهم على امور واقعية لعدم امكان وجدانهم ذلك يقينا واما ما ذكره روزان من ان القيء يصدر من الحركات النفسانية وسما الخوف والانفعال القوي من عدم بلوغ المراد فذلك يقينا انما هو في الاطفال الذين هم

أكثر تقدما في السن عن نحن في دراسة امراضهم الآن وقد ذكرنا ايضا
من اسباب تكدر الهضم التسمم فيسبب التي في الاطفال وذلك التسمم يحصل
بادخال جواهر مسخمة في المعدة آتية من المواد المعدنية التي تتركب منها لعب
الاطفال او من الاواني التي توضع فيها اغذيتهم لكن هذا العارض نادر جدا
في السن الذي لا يتغذى فيه الطفل الا باللبن مرضعته او بالامراق الخفيفة

ولون مواد في الاطفال لا ينبغي التهاون به لانه قد يتضح لسانه سبب التي
وسنرجع كثيرا لهذا البحث الذي يتم به الشرح لامراض القناة الهضمية
وانما نذكر هنا انه اذا لم يكن محل التخمرة الا في المعدة فقط تكون المواد دائما
مبيضة وقد تكون صفراء والغالب ان تكون نصف سائلة او متجمدة

واما معالجة هذا النوع من التخمرة فلان ذكر فيها هنالك بعض كليات اذ الغالب
ان هذا التي يقل الاهتمام به بحيث لا يلزم له زيادة الاتقيا وهذه وصية
اندرود وود حيث ذكر ان المراضع والامهات تطمن قلوبهن من ذلك فيعتبرن
التي منافع الاطفال وسكانه محل لصحة وافية فيهم ولكن نقول اذا كان
متكررا كثيرا والطفل منتقع اللون ضعيفا من عدم التغذية كان لا بأس
باتباع وصية روزان وهي ان اول شيء يفعل هو ان لا يسقى الطفل او يرضع
في مرة واحدة الا كمية يسيرة فاذا وجد فيه علامات سوء الهضم بعد ان
تعاطى كمية من اللبن اكثر مما تقوله معدته لزم ان يجتهد في تفرغها بان تغمس
الغضفة بريشة مبتلة من زيت الزيتون واذا كان حقا ان المعدة قد لا تقدر
احيانا على هضم اللبن لكونه كثيرا الجنية افلا يصح ان يبدل حينئذ الارضاع
الاممي بالارضاع الصناعي ولا يغذى الطفل الا باللبن الممزوج او بمصل اللبن فقط
فاذا لم يهضم هذا ولا ذاك لزم اعطاء اغذية اخر كالامراق الخفيفة والاغذية
الهلامية والادقة الخفيفة كالبرغل ونحوه

فاذا كان التي المتكرر معجوبا بتصاعد ظاهرا رائحة حمضية او كان مسبوقا
او متبوعا بخروج مادة مخاطية خيطية بهيئة قلس وبالاختصار لم يكن مع
الطفل اعراض التهاب معدى لم يحصل خطر من استعمال بعض قحعات

من المغنيسيا المكاسية ومن غير النافع ان يضم لها الكمون والابرساو الزعفران
وان اوصى بذلك روزان لانها تؤثر يقينا على هذا المخلوط ومن غير النافع
ايضا الاستعانة بماء الشمار على حملها ويصح ان يكتفى بملعقة من الماء السكري
واوصى غرديان بماء الراوند او بالراوند نفسه منضمما مع المغنيسيا لكن يلزم ان يعلم
ان هذه الوسائط تكون مضرّة اذا كان هناك ادنى التهاب في المعدة وانه
لا يؤمر بها طبيعة متى كان هناك في ذلك لان هناك اسبابا كثيرة سذكرها
على التتابع قد تحدثه وان تكدر وظائف المعدة وان امكن حصوله بدون
التهاب فيها الا ان الغالب حصوله من التهاب او تغير في جزء من القناة الهضمية
هذا ما نتج من ابحاثنا كذا قال بليار وينبغي ان يبحث عن الجواهر السمية التي
دخلت في جوف الطفل وتقاوم بالوسائط المناسبة لها المذكورة في كتب
السموم فان كان التسمم باملاح النحاس والزئبق ابطل تأثيرها سريريا بان يعطى
الطفل من الباطن المنشروبات الزلالية وسيمابياض البيض
والاطفال الكبار الذين يأكلون الخبز واللحم الدسم معرضون ايضا للقيء فيعطى
لهم لاجل ذلك منقوع خفيف من الشاي وتغير اغذيتهم والتي الحاصل
من شدة قابلية المعدة يشفي بالجواهر المرة ووضع ضمادات على الخثرة مناسبة
لذلك واذا حصل هذا العارض زمن التسنين من تهيج اللثة كما سبق عولج بوضع
بعض علق خلف الاذنين لتغير موضع هذا التهيج فان ظن وجود التهاب
في الغشاء المخاطي المعدي استعملت الاستقيامات الفاترة والكبادات المليئة
على القسم المعدي وبعض علق على هذا القسم فبذلك يتقطع القيء حالا فان كان
حاصلا من ارتداع اندفاع جلدي وضع المريض في حمام فاتر ثم يبدل جميع
جلده ويسكن لينام فاذا دام القيء بعد ذلك وضعت حراقة في الانخفاض
المعدي فان كان ذلك القيء حاصلا من بخار الفحم لزم تعريض الطفل للهواء
الحاصل وينشق بالخل او بروح النوشادر وهو الاحسن فاذا ظن كون هذا
حاصلا من وجود ديدان شقي بعلاجها وجميع ذلك سترجع اليه

المبحث الثاني

في آفات المعدة مع تكدر وظائفها وابدونه

قال

قال بليار اذا اخذنا اعراض الامراض قاعدة لتقسيمنا فنسطر لان نظم
امراض البعض ليس لمجملها ارتباط بما هنا لان الاوقات المختلفة التي تصاب بها
المعدة تحصل منها اعراض مختلفة بحيث يعسر احيانا ادخالها في رتبة
واحدة فاذا قسمنا امراض المعدة على حسب الاصابات التشريحية التي نسيبها
وصلنا بذلك لشرحها جيدا وذلك هو ما نفعله هنا فنقسم الامراض المعدية
التي تظهر بعد الولادة الى احتقانات ضعيفة والى التهابات وليكن ذلك
في مطلبين

المطلب الاول

في الاحتقانات المعدية

معدة الاطفال زمن ولادتهم توجد غالباً بل دائماً محتقنة بالدم في عرض ادنى
تكرر في الدورة الدموية العامة او الرئوية احتقنت الاوعية البطنية بدم اسود
سائل يطفو في الاوعية الشعرية فتحترق فروعها المتضاعفة وتمتلئ فيكون
منظر جدران المعدة من الباطن مجرأ كثيرا اوقليلا فاذا فتحت جثة تلك
الاطفال وجد على السطح الباطن للغشاء المخاطي احتقان اما على هيئة
تفرع شعري او على هيئة صفحات ويعرف ذلك الاحتقان بمنظره المزرقي
وتلونه الواضح في اسفل جزء من العضو وبغيوبة الانتفاخ مع سهولة تمزق
المنسوج الخلوي وخصوصا بالاحتقان العام للعدوة الغليظة الوريدية
في البطن والكبد والطحال والاجوفين والقلب والرئين فالدم الذي يقف
في اوعية المعدة بتنديته اجزاءها يتذبذب حركة مضانكية الى المنسوج الخلوي
تحت الجلد ويترشح في الغشاء المخاطي نفسه وينتصب من السطح الخالص لهذا
الغشاء بحيث يلون المادة المخاطية الساترة له او يحصل منه زيف ضعفي وامثلة
الاحتقان الضعفي في معدة الاطفال الرضع كثيرة لا يحتمل المقام ذكرها كلها
ولكن نذكر واحدا منها فقط يوجد فيه الصفات التشريحية التي ذكرناها
وهو هذا

طفل عمره ثمانية ايام دخل بيت الاطفال واعطى من وقت مجيئه لمرضعة متقاعد

وانما فانت به هذه المرضة في اليوم الثاني من شهره ليبت المرضي وقالت
 ان هذا الطفل يكاد ان يحتسق ويرفض الرضاع ولا ينام وكانت بنيته فيها قوة
 الا ان وجهه منتفخ اطرافه اودعماوية بنفسجية وتنفسه عسر وصياحه متغير
 تغيرا عيقا واختناق وترجيحه نفخي خفي لا يسمع الا يسيرا ونبضه يكاد
 ان لا يدرك وضربات قلبه صغيرة جدا غير منتظمة نهاية ما يكون عددها
 خمسون في الدقيقة وقد يتفق في لحظة ان تكون الضربات صغيرة ومتقاربة
 لبعضها بحيث يعسر جدا عددها تلف الطفل في خرقه حارة وذلك بدنه الى
 اطرافه بالماء الترياق وفي اليوم الثالث من الشهر انتفخت شفته العليا انتفاخا
 عظيما وتقيأ مواد دموية فامر له بغلي الكينكينا المحمضة وفي الرابع زاد
 الهبوط ودام انتفاخ المواد الدموية من القم وعرض الموت في المساء بدون
 ان يشاهد هذا العرض عظيم الاهتمام ولما فحنت جثته في اليوم التالي وجد
 انتفاخا مع احمرار في الشفة العليا ووجد الغشاء المخاطي القعي احمر بنفسجيا
 واللسان منتفخا وكان قاعدة مكدمة باكدام والمرى شديدا الاحتقان
 والمعدة جرا من بنفسجية في جميع سعتها وجد رانها رخوة يسهل فصل اغشيتها
 وهي مرشحة بدم مسود وتحتوي المعدة على مقدار كبير من مواد قوامها
 مخاطي ومنظرها مسر دموي وتنبه لون ما كان الطفل يتقيأه والكبد محتقنة
 بالدم ولونها احمر قوي وعلى سطحها شسبه ندى دموي وفي تجويف البطن
 انصباب دم سائل منتقع اللون والرائحة اليسرى فيها قرعة ويمر فيها الهواء جيدا
 واما الخبي فكانت شديدة الاحتقان لا تفرقع اصلا والبلورا من هذا الجانب
 تحتوي على كمية من دهن نصب والقلب والاوعية الغليظة شديدة الاحتقان
 ولا سيما جدران القلب حيث يظهر انهما مدعاة بالدم ويوجد في باطن الثامور
 مقدار قليل من هذا السائل واوعية اغشية المخ وسطجه محتقنة جدا ومثل ذلك
 الصفائر المشيمية وكان لب المخ احمر قاتما
 فقد رأينا في هذه المشاهدة ان المعدة ليست هي وحدها محل الاحتقان
 دموي عظيم بل مثلها ايضا اعضاء الجسم وان الدم الوبيدي حاقن لجميع

اجزاء الشجرة الدورية وفائض في القروع الاخيرة منها ومشرشع في جدران
 الاعضاء ومربط ملون لها بل ومتصاعدا من اسطحها فاذن يكون تلون المعدة
 والانصباب الدموي فيها والتي الدم الذي شوهد مدة الحياة جميع ذلك كان
 عندهذا الطفل نتيجة احتقان حقيقي ضعفي يلزم ان يوجد بالطبيعة في هذا
 الزمن من الحياة نعم الغالب ان الاحتقان الدموي في المعدة لا يكون
 الا مجرد امتلاء فيها ولا يصحبه دائما هذا الامتلاء الدموي الذي شوهد في هذا
 الطفل فمكرر ونقول ان الاحتقان الدموي في الطرق الهضمية الحاصل من عسر
 في التنفس او الدورة او عدم كمال فيهما انما هو ظاهرة طبيعية في الازمنة
 الاول من الحياة واعراض هذا الاحتقان الضعفي في المعدة تكون
 معدومة اذا كان ذلك الاحتقان خفيفا اما اذا كان قويا فانه يمرض منه تكدر
 خفيف في الهضم المعدي واحيانا في مدم لكن لا يبحث في نفس الوظائف
 الهضمية عن الاعراض الخاصة التي تستدل منها على وجود احتقان المعدة
 لان هذا انما هو ثانوي ونتيجة لسبب اثر اول قبل ان يحصل هذا الاحتقان
 المذكور فاذن يلزم ان يوجه الطبيب اتباهه وبجته لجلس هذا السبب في رأينا
 طفلا ولد معه جميع علامات الامتلاء الدموي وعسر في التنفس والدورة
 ورأينا ان صفات الاحتقان الرئوي التي ستذكر فيما يأتي منضمة مع التي
 الدموي كان ذلك حاملا لنساء على ظن وجود احتقان ضعفي في المعدة لانه ثبت
 بالتجربة ان هذه الافة تكون في الاطفال كما في الكبار نتيجة اعتيادية
 لتكدر يعرض في الجهاز الدوري وعلاج مثل هذه الحالة ينبغي ان يؤسس
 على ما يلزم ان يعيد للدم سيره الاعتيادي ويخلص منسوج الاعضاء من فيضان
 هذا السائل فيها ويرى الاحتقان خصوصا من القلب والرئتين والذي يتم
 ذلك هو الاستفراغات الدموية والوسائط المخصوصة بتحرير عض الدورة الشعرية
 التي تحت الجلد والتي في الاطراف وسنذكر بالضبط كيف ينال ذلك عند ما نتكلم
 على امراض الجهاز الدوري ويكفي هنا ذكر وسائط العلاج اجمالا

المطلب الثاني

في الالتهابات المعدية

الالتهاب المعدى هو التهاب الغشاء المخاطى الذى للمعدة غيران هذا الالتهاب يظهر بأشكال كثيرة متنوعة الى انواع تقوم من تغيرات مرضية ولأجل شرحها بانتظام تتبع السير التفصيلى الذى سلكناه فى الالتهاب القمى فنقسم التهاب المعدة للأقسام الآتية

التهاب معدى
 {
 ارثيمياوى
 مع تغير فى الإفراز
 جرابى
 مع فساد فى المنسوج

وهذه التنوعات للالتهاب يلزم دراستها بالنظر لصفاتها التشريحية واعراضها المصاحبة لها ويمكن ان توجد فى حالة حادة او فى حالة مزمنة واحدهما يمكن ان يتبع الآخر ويمكن ان توجد جله منها فى آن واحد ولذا ذكرنا تلك الأنواع الاربعة على التوالى

النوع الاول الالتهاب المعدى الارثيمياوى

الالتهاب الارثيمياوى فى المعدة يكون اما فى منظر احتقان تفرعى او شعرى او احمرار منتشر على هيئة صفحات يختلف عظمها او خطوط غير منتظمة تسير فى الغالب حوالى عضون المعدة وتقط حمر كثيرة العدد وقريبة جدا لبعضها وتلك الاشكال المختلفة يصحبها اولاً يصبغها انتفاخ وسهولة تمزق فى المنسوج المخاطى واحياناً تصير المواد المخاطية المعدية مخينة لزجة وغزيرة أكثر من العادة وقد لا توجد هذه الصفات

ومجلس الاحمرار الالتهابى المتفرع يكون فى عروق المعدة التى فيها غلظ ومجلس الالتهاب الشعرى فى فروعها الشعرية ومجلس الصفحات والخطوط والنكت الحفر فى النسيج الحقيقى للغشاء المخاطى وسيما فى الحلمات او خل الغشاء حيث تظهر تلك الاجسام احياناً منتفخة ومع ذلك من الحق ان هذا النوع فى الاحمرار الارثيمياوى قد يوجد غير متعلق بانتفاخ الخمل

والالتهاب

والالتهاب الاريثيمياوى في المعدة يكون اقل شدة كلما كان منسوج الغشاء
الباطن اسهل تمزقا و اقل اتفاخا والاحمرار الذى وصفناه بالمتفرع دون غيره
من بقية انواع الاحمرار هو الذى ينتج من اخف التهاب واما الاحمرار النكتى
والشعرى والخطى والصفى فمبى دلائل على تدريج شدة الالتهاب على هذا
الترتيب وهذه التنوعات المرضية المختلفة كثيرا ما تكون اول درجة او مبدأ
لالتهاب شديد وفساد عميق او استئصال للنسوج وتناهد منفردة او مجمعة
فى شخص واحد وربما سهل اثنباه هذا الالتهاب الاريثيمياوى باضاف
اخر من الاحمرار ناشئة من حالة احتقان ضعفى فلذلك يلزم دائما مراعاة مجمل
الاحمرار وخالة الامتلاء والاستفراغ للاوعية البطنية فان الاحمرار الضعفى
يكون دائما فى اميل جزء من العضو ويوجد مع وجود احتقان عام فى اوعية
القناة الهضمية والجذوع الغليظة البطنية والتجاويف البنى والاحمرار
القوى اى الالتهابى يوجد غالبا غير متعلق بهذه الاحوال وكثيرا ما يصعبه
انتفاخ وسهولة تمزق فى الغشاء المخاطى قال بليار ما محصله واذ قد علمنا الصفات
التشريحية للالتهاب المعدى الاريثيمياوى فلنبحث الآن على الاعراض التى
توجد له ويتركب من مجموعها الجزء المهم للداء فاول ما نبتدأ بالبحث فى الامور
الواقعية المشاهدة من غير غرض ونختار منها ما ليس فيه تضاعف فان بدون
ذلك لا نقدروا على استنتاج نتائج صحيحة محكمة

فن المشاهدات طفل عمره اربعة ايام عظيم الاعتبار بزيادة تلون وجهه ومثانة
عضلاته دخل بيت المرضى فى اليوم الاول من جنفيل لكونه لا يقبل ندى
مرضته ويتقيأ بعد الشرب حالا او بعد زمن طويل مادة مصفرة رائحتها حمضية
(فعولج بمغلى الشعير المصغ وبالبين المزوج) وفى اليوم الثانى زاد التقيؤ وصارت
الاطراف السفلى اوديمياوية يابسة الملمس ومع ذلك وجهه منتفخ اللون عبوس
وتنفسه عسر وجلده بارد ونضه بطئ غير منتظم وبطنه غير منتفخ واذ اضغط
عليه لم يحصل من ذلك ألم لكن متى وصل الضغط للقسم المعدى قبض الطفل
تخاطيط وجهه فجأة وصاح وذلك يدل على حصول ألم له من الضغط (فعولج

بالمحول الصغرى المحلى واللبن المزوج) وفي اليوم الثالث من الشهر شوهد
هبوط عام وهزال في وجهه وظهر من سعته انه متآلم وبصيح كثيرا ويرفض
جميع ما قدم له لبشره ومع ذلك لم يتقيأ وكان تبرزه كالعادة وفي الرابع والخامس
كانت حالته كما ذكرومات في السادس وفتحت جنته في اليوم التالي فاما ظاهر
الجسم فكان لم يرل حافظا لبعض سنن ووجد الفم والمرى سليمين وفي المعدة
قرب القوادحمر ارشديد جدا يمتد على طول القوس الصغير ووجد الغشاء
المخاطي في هذا المحل عظيم الانتفاخ ويسهل رفعه بالاصبع واما بقية سعة
العضو فكانت مجلجا لا احتقان شعري عظيم الاعتبار واما القناة المعوية
والكبد والطحال فسلية وانما وجد في التجويف الايمن للصدر بعض انصباب
مصل صاف وكان في الفص المتوسط من الرئة التي في هذا الجانب تكبد وفي بقية
سعتها احتقان دموى واما الرئة اليسرى فكانت جيدة القرحة والقصة الرئوية
والشعب سليمة ومثل ذلك القلب والاوعية الغليظة والمخ

فتذكر الرطبات الهضمية في هذه المشاهدة يشاهد الا في ابتداء الداء وكان التي
يحصل بعد ازدياد المشروبات اما بر من يسيرا وكثير بدون فرق بينهما وكانت
سحنة الطفل تعلن دائما بالالم وسببا اذا ضغط على القسم المعدي وكان البطن
غير منتفخ ولم يوجد مع هذه الاعراض الموضعية علامة واضحة من علامات
الحصى وتلك حالة نستخرج منها ما هو عظيم الاهتمام في محل آخر

ومن النادر ان يوجد في الاطفال الرضع التهاب بسيط في المعدة بدون ان يلهب
ايضا بعض اجزاء اخر من القناة الهضمية لكن اعراض الالتهاب الاريتمياوى
الذى منه هذا المثال يبعد ان تظهر في جميع الاطفال بالايضاح والبساطة
الذين في هذه المشاهدة فلا يمكن تمييزها عن غيرها من الظاهرات المصاحبة لها
الا بغاية البحث والانتباه الزائد

والغالب ان يكون هذا الالتهاب حادا وقد يصير مزمنيا فيكسب حينئذ صفة
جديدة وربما انتهى بالتقرح او الغنغرينا او لين الغشاء ثم قال بليار والالتهاب
المعوى هو الذى يصب هذا الالتهاب غالباً في مائة وخمسين حالة اجنتيها

مع غاية الاتّباء في التهاب جزء القناة الهضمية الموضوع تحت الحجاب الحاجز
وجدت تسعين حالة من المعدي المعوي وخمسين حالة من المعوي بدون معدي
فينتج من ذلك أنه متى ظهرت علامات التهاب معوي جازان يظن معه وجود
التهاب معدي ولكن مهما كان الاضطراب والتشكك الذي يحصل للطبيب
في تشخيص الالتهاب المعدي في الاطفال الصغار بسبب كثرة مضاعفاته وعدم
ظهور اعراضه لم ينتج من ذلك كبير خطر في العلاج فان الوسائط العلاجية
للالتهاب المعوي قد تناسب الالتهاب المعدي وبالعكس لكن هذا الاشتباه
لا يحصل في الحقيقة الا في الالتهاب المعدي الاريتمياوي البسيط لانه متى صار
الغشاء المخاطي للمعدة مجلسا لآفة عميقة واضحة تضاعفت العوارض
واكتسبت جملة الاعراض صفة يمكن معرفتها وذلك في الحقيقة هو ما يشاهد
في تنوعاته الآتية

النوع الثاني

الالتهاب المعدي مع تنوع في الافرازات ووجبت المعدة

قد اثبتنا فيما سبق ان الموجبت انما هو تغير في افراز الغشاء المخاطي القمي
او المريئي ومثل ذلك يحصل في المعدة اذا صار غشاؤها المخاطي مجلسا لالتهاب
تختلف شدته وطال ما اجتهدوا في ان يثبتوا بالعقل عدم امكان وجود الموجبت
في المعدة ولم يفدهم ذلك شيأ قال بليسا ولا ارد عليهم الا بالحوادث الواقعية
التي لا يشك فيها الا بضاحها وتفصيلها مع غاية الامانة حتى لا يكون فيها ارتباب
نعم هذا التغير في الافرازات در في المعدة منه في المريء والقوم لان في ٢١٤
مثال من الموجبت شوهدت بمارستان بيت القضاة مدة سنة لم اجد موجبت
المعدة الا في ثلاثة احوال وموجبت الامعاء في حالتين فقط فينتج من ذلك ان
الغشاء المخاطي للقناة الهضمية يكون اكثر عرضا لتغير الافراز الذي هو
الموجبت كلما كان اقرب لتجويف القم اعنى كلما كان اقرب للمامسة للهواء
الخارج مباشرة وهل ينسب بعض شئ من تجدد مواد الافراز لمامسة هذا
الهواء لسطح ملتهب وتلك مسألة ينبغي البحث فيها هنا غير ان تحقيقها عسير

وعلى كل حال فلنشرع في ذكر احوال الموجيت المعدي الذي ذكرناه
بالمشاهدات الصحيحة

موجيت المعدة * طفل اثني عشره ثلاثة عشر يوما دخل المارستان في الثامن من
جوليت وبنيته ضعيفة وانتقع وجهه منذ يومين ورفض ثدي مرضعته ومع
ذلك لم يتقيأ ما يشر به وعند دخوله كان معه احمرار شديد في الغشاء المخاطي
القمي وطبقة سميكه من الموجيت ممتدة على الوجه الباطن للخددين وقاعدة
الاسنان (وعلاجه مغلي الشعير المصغى وغرغرة مرخية ولبن مزوج) وفي العاشر
من الشهر ابدأ معه الذبول والخفاقة وتقيأ مشروبا ولكن لم يكن معه اسهال
ولا تورق في بطنه وفي الرابع عشر عرض في مادة صفراء وتكوئت من الموجيت
طبقة سميكه على اللسان وجدران القم وفيما بين هذه الطبقات الشبيهة بالاعشمية
يشاهد الغشاء المخاطي احمر كزباد شديد الاحمرار واما الجلد فكان باردا
والاطراف بنفسجية والنبض صغيرا ثم مات في المساء وعند فتح جثته وجدت
مخولة منتفخة اللون ووجدت طبقة سميكه من الموجيت على اللسان وجدران
البلعوم وطول المريء ووجد الغشاء المخاطي للمعدة شديدا احمرارا والسموكة
سهل التزق وعلى الجزء المركزي للعضو طبقة واسعة من الموجيت مركبة من
عدد كثير من نقط صغيرة بيضاء لامعة عالية على خيل الغشاء ويمكن ان يشبه
بمجموعها بطبقة خفيفة من الصقيع المنفرش على الحشيش الصغير ويمكن ازالة
هذه النقط البيضاء بالمشروط اذا حكك به حكا قويا اما بدون ذلك فانها تقاوم
الاصبع مقاومة شديدة مع ان منها ما وجد منفصلا سابجا في المواد المخاطية
المعدية ولم يشاهد في الغشاء اجربة مخاطية ووجد بعض خطوط حمر مستعرضة
في الاثنى عشرى واحتقان ضعيف تفرغ في القسم الثاني الاعورى وابتداء
المعا الغليظ ووجدت الكبد محتقنة جدا بالدم مخضرة مائلة للزرقة والريتان
والقلب سليمين والمخ محتقنا جدا وكذلك جيوب الجمجمة

وهذه المشاهدة ايسر في حال الحياة عرض يكشف لتساو وجود الموجيت في
المعدة غير ان اعراض الالتهاب المعدي انما عرضت بعد ظهور الموجيت في القم

فكان ذلك حاملا على ظن ان هذا الاندفاع الافرازى الغلالى حصل فى المعدة
بعد ان اجتاز على سبيل الادعاء والتنزيل المعلوم والمرى مومما ينبغي التنبيه له
ايضا عدم وجود الاعراض العامة للحمى مع ان الالتهاب شديد فى الجزء
الاول من القناة الهضمية وهو القم لكن قبل ان نذكر القواعد الكلية لشرح
الداء نستديم على البحث فى الامور الواقعية المخصوصة فنذكر المشاهدات
الاتية ايضا

موجيت الفم والمعدة والمرى * طفل عمره اربعة ايام صغير ضعيف منتقع اللون
دخل بيت المرضى فى السادس والعشرين من اووت لاجل اسهال مواد
كثيرة مخضرة (فعولج بالارز المصمغ والحمية) ثم فى اليوم الاول من الشهر التالى
وهو سبتمبر تغطت حوافى اللسان ببعض نقط من الموجيت وصار الغشاء
المخاطى القمى احمر شديد الجفاف وفى اليوم التالى من الشهر تكوّن من
الموجيت طبقة سميكة وانقطع الاسهال وانكمش البطن بدون ان يتألم من
الضغط وصار الجلد محرقا غير ان النبض صغير بحيث يعسر وجدانه (العلاج
كالسابق) وفى الخامس اشتد انتقاع الوجه وابندأ الذبول ودام تغطى الغشاء
المخاطى القمى بطبقات جديدة من الموجيت وفى الثامن عرض فى لم يشاهد
قبل ذلك فكان متى شرب الطفل مشروبات تقيأها حالاً وصار الغشاء المخاطى
الخالص من غلاتل الموجيت شديدا احمرار واسرع الهزال فى التقدم واشتدت
حرارة الجلد وزاد صغر النبض بحيث كان يضرب سبعين او ثمانين فى الدقيقة ولم
يرل يظهر من سخنة الطفل كونه متألماً فارسمت بعض غضون فى اصل اقمه
وكأن يجمع شفتيه المنجذب الى الوحشية الى الخارج وبقي هذا الطفل فى حالة واحدة
من ابتداء دخوله الى آخر شهر اووت ثم سقط فى ذبول تام وعرض له سابقا اسهال
وصار تقيأ غاليا بظهر فيه بعض نقط من الموجيت على اللسان وفى ابتداء شهر
سبتمبر تقيأ مواد صفراء وكان وجهه دائما كسرا وبطنه مفرطعا واطرافه زائدة
الذبول وصياحه ضعيفا جدا يكاد ان لا يسمع وبرازه نصف سائل اصفر قليل
الكثرة واقتصر فى علاجه على ماء الزيرفون المحلى بالسكر وعلى الفراغ المرخبة

وبعد ان وصل يبطى الى نهاية درجة من الضعف والانهزال مات في مساء الخامس
عشر من سبتمبر وقامت جنته في اليوم التالي فوجدت جدران القم والوجه
الباطن للشفقين وسطح اللسان مغشى بطبقة سميكة من الموجيت بسهل ازالها
من بعض المحال على هيئة صفحات عريضة ووجد المزمار سليما واما الجدران
الجانبية للبلعوم فكانت مغطاة بنقط عديدة من الموجيت وكذا جميع الوجه
الباطن للمرى وكانت فيه على هيئة ندف سميكة مصفوفة خطوطا متوازية
تجبه من اعلى الى اسفل وية تكون فيما بينها من البشرة المخاطية حروز تختلف
في العمق وتلك الهيئة لم تزل هكذا حتى وصلت الى الفؤادى فم المعدة ولون هذه
البشرة المخاطية من تحت الغلالة الافرازية المغطية لها مبيض ووجد الغشاء
المخاطى المعدى منتفخا زائدا لاجرار وسمي في التقوس الكبير غير انه وجد
في محاذاة القوس الصغير مغطى بصفيحة واسعة من الموجيت ناتجة من تراكم
عدد كثير من نقط صغيرة غلاية بيضاء لامعة تقاوم الحك العنيف بظهر المشروط
ويمكن فصلها بجده فيظهر الخجل حينئذ تحتها زائد البروز والاجرار كأن
فيها ثوران او انه تصاب فاما بالانظارة المعظمة او بزجاجة كرية مملوءة ماء
انكشف فيما بينها بعض بقايا من الموجيت ووجدت في النقط التي انكشطت
بالمشروط مدمة ووجد منبذرا في المعاديق اجرار مخطط قليل الوضوح
ووجد المعاد الغليظ سليما والكبد محتقنة بالدم والصفراء صافية
مخضرة والحافاة الخلفية للرتين محتقنة والفتحة الجنبية آخذة في الانسداد
والمنخ سليما

ففي هذا المشاهدة كالتى قبلها وجدت طبقة من الموجيت في المعدة وذلك واضح
لكن لم يوجد في الحياة عرض يدل عليها نهاية ما شاهدنا تمامه وارض واضحة
لالتهاب المعدى والتهاب مري مزمن ومع ذلك يلزم ان يعرف ان هذه الاعراض
التي نضع في اولها في المشروبات والمواد المصفرة لم توجد الا بعد ظهور
الموجيت في القم وتلك حالة موافقة لما شوهد في المشاهدة التي قبلها واما
المشاهدة التي تاتي على الاثر فيها موجيت المعدة مضاعف بالتهاب

جراي

جراي ولين هلامي فهي تدلنا بالطبيعة على البحث في اصناف اخر من
الالتهاب المعدي

موجبت المعدة ولين هلامي فيها * طفل انثى عمره ستة ايام قوي البنية وسنه
متوسط دخل المارستان في سادس سبتمبر فكان معه اسهال مادة سائلة
مصفرة وكان بطنه متوترا وجلده فيه بعض صفرة وطرف لسانه بافاما وحاو الى
الشرح شديد الاحرار (علاجه الارزالمصغ واللبن المعزوج) وفي الثامن كانت
حالته العلة كما سبق والبطن اشد توترا والمسا في القسم المعدي اكثر من غيره
من الاقسام فكان الطفل بصبح عند الكبس باليد على هذا الجزء وفي الحادي
عشر ظهرت نقط من الموجيت على حواف اللسان وزال اللون اليرقاني
وظهرت حرارة متوسطة في الجلد وكانت سرعة النبض اعتيادية اعنى
ثمانين في الدقيقة (والمعالجة كما سبق) وفي الثاني عشر انقطع الاسهال وحصل
تقايي المشروبات وزاد تقدم الموجيت وفي الخامس عشر امتد الموجيت
على اللسان وجوانب الفم على شكل طبقة سميكه وبقي مع الطفل التقايي وتغير
لون وجهه تغيرا عظيما وشوهدت خصوصا غضون وتينات كثيرة في اصل
الانف كما شوهد ايضا جذب مجمع الشفتين الى الخارج ثم مكث الطفل اربعا
وعشرين ساعة لا يتقطع صياحه ولا اضطرابه مع انه لم يكن معه حركات
تنجيبية وصار يتقيأ ادى شئ يتعاطاه مع حركات عنيفة واذا ضغط على القسم
المعدي الذي هو ظاهر التوتر حصل منه صياح عنيف ويبقى على صياحه
حتى يسقط من التعب والالم ثم مات في اثناء هذا النزاع الدائم في ليلة الرابع عشر
من الشهر بدون ان تظهر فيه ادى حركة حمية

ولما فحنت جثته في اليوم التالي وجدت طبقة من الموجيت على اللسان
والجدران القمية وكان المزمار سليما واما الجدران الجانبية للباوم فكانت
مغطاة بنقط من الموجيت كثيرة العدد ومثل ذلك في طول المري فكان فيه
تجميع نقط صغيرة منه متراكمة على بعضها ومصفوفة بالطول الى قرب الفؤاد
حيث تنتهي البشرة المخاطية المريئية

واما الغشاء المخاطي المعدى فكان احمر في اعظم جزء من سعته وفيه نحو
 التحبب الكبير لين هلامى سعته ثلاثة قراريط ووجدار المعدة في مر كزه
 منقوب وحوافى هذا الثقب كانتهما مشردمة وفيها ايضا بعض خيوط رقيقة
 تمزقت عن قريب ووجد قرب الطحال مواد مخاطية معدية منهصة ومع ذلك
 لم يكن هنالك التهاب يرتوى ووجد في الغشاء المخاطي المعدى ايضا قرب
 الجزء اللين وفي اجزاء اخر من السطح طبقات كثيرة واصفايح من الموجيت منتثرة
 بدون انتظام وفي طول التقوس الصغير مقدار عظيم من اجرة مخاطية منتفخة
 يسيرا ومخاطية بداثرة حمراء وبعض منها كانت فوهته المركزية مفتوحة
 مصفرة والجل في جميع الغشاء واضح والغشاء المخاطي سميك سهل التمزق
 في المحال الغير اللينة ووجد في طول المعال الدقيق حرز حمر مستعرضة
 واما المعال الغليظ فكان سليما

وهذه المشاهدة كما تقدم هنامنا لا جليدا الموجيت المعدة يؤخذ منها ايضا
 الاعراض المعروفة للالتهاب المعدى وذلك لان النقي والتور والالام في القسم
 المعدى والصباح الالمى الذى يحصل من الكبس على هذا القسم وتغير السحنة
 حيث تعلن بالالام الشديد الذى كان مسئوليا على الطفل الى آخر مرقه جميع ذلك
 يدلنا على وجود التهاب معدى وقد تحقق عندنا بالبحث في الجثة ما كنا ظنناه
 من مشاهدة الاعراض فجزمنا الان بوجوده وزال الشك بمشاهدة هذه
 التغيرات التشرىحية غير انها تحتاج ايضا في مجت الشخيص الى تقوية
 المشاهدة بالتعقل لتحكم من تذكار حكم العقل على ما يشبهها وما يقرب منها
 فالحواس والعقل يلزم ان تعاونا دائما عند مشاهدة المرضى على اسرتها حتى
 يتيسر كشف مجمل امراضهم وطبيعتها

وهذا الالتهاب المعدى الذى مات منه هذا الطفل كان فيه اشكال واصناف
 كثيرة من الالتهاب فانه وجد ما عدا الاحرار الاريتماوى المعسوب بانتفاخ
 محسوس في الغشاء الباطن تغير في الافراز يقوم منه الموجيت والتهاب
 في الاجرة المخاطية سميناء فيما سبق بالقلاع ولين في المنسوج سندكر في طبيعته

بعض كلياته وجميع تلك الأشياء يستدعي منا الانتباه فانها تدل على ان
اختلاف الالتهاب ناشئ في الغالب من اختلاف مجلسه وان السبب اى المنبه
الالتهابي اذا اثر في معدة طفل سنه وبنيته يعرضه في ان واحد لجميع اشكال
الالتهابات الذى تصيب عضوا واحدا جازان نشاهد جميع هذه الاشكال في هذا
العضو ولا عجب في ذلك

ثم نقول ما العلامات الخاصة التى يمكن بها معرفة موجيت المعدة والظاهر
انه ليس شئ منها اكيد لكن لا يخفى اننا شاهدنا في الاحوال الثلاثة التى ذكرناها
اعراضا واضحة للالتهاب المعدى ظهرت بعد ظهور موجيت الفم فلا يظن
من ذلك انه اذا عرض التهاب معدى في طفل اصيب أولا بالتهاب فى التهاب
مريئى مع موجيت يكون الغالب على الظن ان التهاب المعدة يصعبه ايضا
الموجيت لكن ليس ذلك الاعلى سبيل التخمين ولا يتأتى العثور عليه
الا بالمواقفة اى المصادفة لان موجيت المعدة نادر جدا ولكن الطيب في جميع
الاحوال مرقوم في ذهنه ما يفيد الاطمئنان والوثوق اذ يوجد دائما حينئذ
التهاب معدى يلزم ان يقاوم واعراض هذا الالتهاب واضحة بحيث لا يشك
معها في وجوده ولا في لزوم استعمال الوسائط الخاصة به

وقبل ان نتكلم على علاج الالتهاب المعدى في الاطفال نستديم على البحث
في انواع هذا الالتهاب فنشرح ما بقى علينا منها

النوع الثالث

الالتهاب المعدى الجراي

قال بليارد قد ذكرنا سابقا التهاب الجهاز الجراي في الغشاء المخاطي الفمى والمريئى
ومثل ذلك قد يحصل في المعدة لانه يوجد فيها ايضا شئ من هذا الجهاز الافرازى
واجربة المعدة لا توجد بجلا ولا متراكمة على شكل ضفائر كما في المعادقيق
وانما تكون في الغالب منعزلة ويمكن ان تتنوع في النمو والعظم الى نوعين فتارة
تظهر وترتفع على هيئة حبوب صغيرة مبيضة مستديرة بارزة قليلا ومنتهية بنقط
مسودة تدل على فوهاتها الدافعة للافراز وتارة تلتصق وتتفخمتا عظميا

وينتهي حالها بان تتمرح وتفسد في الحالة الاولى لا يحصل منها الا بعض اعراض قليلة تكاد ان لا تدرك وفي الحالة الثانية يعجبها جميع اعراض التهاب المعدي الشديد وربما سببت موت الطفل باتلاف الغشاء نفسه ويندر ان لا توجد الاجربة البسيطة الغير الملتببة اعني اجربة النوع الاول الا في المعدة فقط وانما الغالب ان تشغل جملة مواضع من القناة الهضمية في ان واحد وتظهر وتنمو كثيرا كذا في زمن التسنين الاول وستنكم على هذا النمو العام للجهاز الجرابي في القناة الهضمية واما النمو الالتهابي لهذه الاجربة فانه كثير اما يحصل في المعدة فقط بدون ان يظهر في جزء آخر من القناة الهضمية وقد ذكرنا فيما سبق مثلا للترح الاجربة في مولود وذكرنا الصفات التشريحية لذلك الترح ورأينا ان في المواد المسكرة او المدمة قد يكون علامة لتترح هذه الاجربة فموجب ذلك تقصير كلامنا هنا على اعتبارات كلية في نوع هذا التغير

فقد اجتمعت في سنة ١٨٢٦ عيسوية خمس عشرة حالة من الترح الجرابي في المعدة ثمانية اطفال منهم كان عمرهم من اربعة ايام الى ستة والباقيون من ثمانية الى اثني عشر يوما وواحد كان عمره ثلاثة اسابيع فتبين من ذلك ان الاطفال تكون اكثر تعرضا لالتهاب الجهاز الجرابي المعدي كلما كانوا اصغر وما شاهدت في واحد منهم شيئا من اعراض الحمى وانما كان اعظمها اهتماما هو حالة الهبوط والضعف العام وذلك ناتج كما هو واضح من الحالة المرضية الواقع فيها العضو الرئيس للهضم فتكدر هذه الوظيفة بل عدم امكان حصولها يلزم ان يتسبب عنه الضعف السريع والموت للطفل وكان مع كثير منهم امراض اخرى ثقيلة كالتهاب المخ ولبينه والتهاب الرئة والالتهاب المعوي وانما واحد فقط لم يكن معه الالتهاب معدي يظهر ان تقدمه وشدة هما السبب في موته وكان عمره اربعة ايام

وكل من التشخيص والمعالجة لهذا الداء اخل في شرح الالتهاب المعدي عموما والاذار يكون اقل كلما كان الطفل اضعف واصغر سنا واكثر تقيا للمواد

التوع الرابع

الالتهاب المعدى مع فساد المنسوج

الانواع المختلفة للالتهاب المعدى التي شاهدناها سابقا قد تؤدى الى فساد حقيقى فى تركيب المنسوج فانما قد يعقبها تفرح يختلف عمقه ولذا كان وضع هذا المبحث فى هذا المحل انسب من وضعه فى المبحث الذى قبله ومرادنا الآن انما هو الكلام على خصوص الالتهاب الشديد الفجائى فى الغشاء الباطن المعدى الذى فسد بسرعة مهولة من تأثير هذا الالتهاب وذلك كالغفرينا فى المعدة والبن الهلامي فيها

فالاول غفرينا المعدة * غفرينا المعدة نادرة فى الاطفال الرضع فلامانع من وجودها وتكون فيهم كافي الكبار البالغين على شكل خشكريشة تختلف فى الانساع اذا اتصلت انكشف عنها انشقاب يتبعه اعراض مهلكة فقد قال دونس شاهدة حالة فيها الغشاء المخاطى للمعدة كان اسمر قائما تنتشر منه رائحة تنبه وبعض محال متفرقة منه تحوات الى مواد عقيمة ويسهل فى كل موضع رفعه اى الغشاء على صورة اهداب رخوة وهذه الاجزاء المتغيرة منتقعة فى سائل لونه كدردى النبيذ ولا ينسب ذلك التغير الا لافراط فى الالتهاب انتهى وشاهد بليار مثالا فيه تلف سعة من هذا الغشاء المخاطى المعدى مسبب كما هو قريب للعقل من غفرينا عرضت من التهاب شديد وهما هي صورة هذا المثال المهم

وهو ان طفلا نثى عمره ثلاثة ايام دخل المارستان فى ثالث يوم من مرض وكانت حالته انه اذا بحث فى ثيابه الملتف فيها وجدت محتوية على مقدار كبير من دم اسود خارج من الدبر وكان يتقيأ ايضا كثيرا من تلك المادة السوداء مع ان بنية كانت قوية وفى اطرافه سمى ولكن كان فى لون جسمه بعض اصفرار وكان قليل الحركة ووجهه منتقعا والشفتان عديمى اللون والجلد مسترخيا والصباح تاما غير انه ضعيف والنفض بطيا وصغيرا جدا (وعلاجه الماء المحلى

بالسكر والدلك الجاف على الجسم) واليوم الثالث كالذي قبله وفي الرابع كان
البراز مخلوطا بدم مسود زفتي والمواد التي تخرج من القم بالقي الذي لم ينقطع
كانت كذلك وظهرت الحرارة العامة للجسم وارتفع النبض يسيرا بحيث
صار يضرب سبعين في الدقيقة وقل انتقاع الوجه الا ان الصباح لم يزل ضعيفا
(وعلاجه الماء البيندي السكري) ثم حصل الموت في اخر النهار واما جثته
فكانت من الظاهر متينة البنية والجلد عديم اللون والقم والمرء سليمين
بخلاف الغشاء المخاطي المعدي فوجد فيه قريبا من القوادفساد تام كبير
في سعة نصف الريال ومركزه ملون بلون الدم المسود وحوافه مشرمة بدون
انتظام ومسودة كانها محترقة واما الغشاء المخاطي من خارج الدائرة المسودة
فكان سميك احمر بنفسجيا يسهل تحويله الى مادة لينة وجميع سطح المعدة
مغطى بمواد فيها بعض سيولة مصفرة اللون مخلوطة بخطوط دموية ووجد
الغشاء المخاطي تحت هذه المواد رقيقا جدا عديم اللون وخصوصا قرب
البواب والمعا الدقيق ملونا بصفرة الصفراء ويحتوي على بعض تحببات
من دم متجمد والمعا الغليظ سليما والكبد منتقعة خالية من الدم والطحال
صغيرا وقليل الاحتقان والرئتان سليمتين عديمي اللون والدم ويقرقان
والقلب مبيضا فارغا والاوعية الغليظة كذلك وقاعدة الجمجمة تحتوي
على قليل من دم مصلي والمخ شديد الانتقاع وبطيناته تحتوي على قليل
من المصل

ومن الواضح ان هذا الطفل مات من النزيف وجميع ما فيه يحمل على ظن ان
النزيف كان مسببا عن فساد الاوعية التي تسج في سمك جدران المعدة ويبدل
على التقدّمات السريعة للانتهاب الغنغريني حوافي القرع المتأكلة التي كانها
محترقة المنظر ولاشك انه نتج من هذه التقدّمات فقد الجوهر اى الجزء المادى
الذى ذكرناه وما هو عظيم الاعتبار سيلان جزء من هذا الدم في الامعاء
والسحوم الاكلية تسبب عنها يقينا في المعدة فقد جوهر شبيه بما يحصل
في الغنغرينا فيمكن ان القروح الجراحية في المعدة تكسب الشكل الغنغريني

الذى

الذى قد يتكيف به قلاع القم ولا يعسر حيقنذ تميز الشكل الاصلى للقرحة
عن الغنغرينا ولا تنوع منظرها عنها

وثانياً اللين الهلامي في المعدة * اول من شرح هذا القسا في الغشاء المخاطى
المعوى وسماه بذلك كروفليير قد ذكر مع الضبط جميع اعراضه التى تصعبه
قال بليار وشاهده بارون كثير فى بيت الملتقطين وبين له اعراضا واصفة على
رأيه صحيحة بحيث شاهدت مرات عديدة تشخيصه هذا الداء واعرضته على
البحث التشرىحي فوجدته فى غاية الضبط ولتجهد فى ذكر صفته الخاصة
واعراضه مع الضبط الزائد حسب الامكان وقد ذكرت قريبا مثالا لهذا اللين
الهلامي مع وجود موجيت والتهاب جرابى فى المعدة وقد شوهد فى هذه الحالة
ان الغشاء المخاطى يحول الى شبه لب فحين رخو كالجليدية وان جدار المعدة
صار رقيقا سهل التمزق بحيث كان ينقب من ادنى جذب وان المريض حصل له
قبل الموت اعراض ثقيلة خطيرة وسترى فى المشاهدات الآتية ظهور الداء
بكيفية اوضح واقطع من ذلك

فمن تلك المشاهدات طفل انثى عمره سبعة ايام دخل المارستان فى الرابع من
فبراير ومكث فيه اثني عشر يوما من اجل موجيت فى القم زال باستعمال مغلى
ملطف وغراغر مرخية وخرج من المارستان فى الخامس عشر لاجل
ان تراعيه مرضعة تجلس به دائما فكننت ترضعه الى الثامن عشر ولم يزل منه
فحوله وذبوله بل بقى دائما منتقع اللون وكان يعتريه خصوصاً فى المساء انتفاخ
لطيف فى الساقين والوجه فدخل المارستان فى اليوم الحادى والعشرين من
شهر رمية فى حالة قريبة من الذبول الزائد وبقيا احيانا ماعدا الاغذية والاشربة
مواد صفراء زائدة السيولة وسخنه تعان بالالم وجمع الشفتين مجذوب غالبا
الى الخارج وتكونت فى اصل افه غضون قائمة اى عمودية ولم يكن معه اسهال
وتنفسه فيه بعض عسر ويسعل احيانا وبقيت تلك الاعراض وتلك الحالة
العامية من الذبول الى التاسع من الشهر ثم ظهرت جملة عوارض جديدة
فظهرت بعض نقط من الموجيت على اللسان الذى كان سطحه احمر جافا

وكان قيته مستملا معدا الاشرية على مواد تارة صفراء وتارة مخضرة وزاد تغير
 وجهه واعلانه بالام وتغطت جبهته بذيوات وغضون عديدة مستعرضة وصار
 وجهه باهتاما مهزولا والنفض صغيرا بطيئا والجلد جافا محرقا وسيما الذراعان
 وعرف من هذه العلامات والاعراض المسيئة قرب اجل هذا الطفل فمات
 في الرابع عشرون شهره في اثناء هذه الاعراض والعلاج الذي كان يتعاطاه
 انما هو المغليات والغراغر الملطقة وفحت جنته في اليوم التالي فاما ظاهره
 فهو انتفاخ عام وذبول تام وترشح الاطراف السفلى وانتفاخ البطن واما باطنه
 فكان الغشاء المخاطي القمي مغشى ببعض نقط من الموجيت والمرى منتقع
 اللون والمعدة في جميع سعتها بيضاء مصفرة غير ان الغشاء المخاطي في محاذاة
 التقوس الكبير كان شديدا الانتفاخ مبيضا ومسترخيا بحيث يتمزق بمجرد اللمس
 ويسقط من الاصابع على شكل لب رخو رطب واذا ضغط الغشاء بين اصبعين
 خرج منه سائل مصلي اذا وضع على زجاجة جدد بعد نصف ساعة وبصر حينئذ
 في منظر وقوام المادة الهلامية التي تكون في المعدة واما الاعشية الاخر للمعدة
 فكانت كما انها منقوعة في هذا السائل سهلة التمزق جدا من ادنى جذب وكل
 من المعال الدقيق والمعال الغليظ في جميع سعتة عدم لونه وغشاؤه المخاطي بدون
 ان يوجد فيه الانتفاخ واللين الهلامي الموجودان في المعدة تحول الى لب رخو
 بحيث يكفي لازالته ورفع حكة ايللا بالظفر ووجه بعض صفحات جراحية
 موضوعة قرب القسم اللفاني الاعورى ومستففة ولونها مزرق والفتحات
 الجينية منسدة والريتان سليمتان والمخ فيه بعض احتقان
 فعروض هذا اللين الهلامي هنا في المعدة انما كان من حالة هبوط وضعف
 تسبب يقينان التهاب في الطرق الهضمية ولا سيما المعدة ولم يبق من حالته
 الحادة اثر يدل عليه وكانت صفة هذا اللين بالاكثر رطبا مصليا في المنسوج الذي
 تحت الغشاء المخاطي وفي سمن جدران المعدة اليس تراكم المصل هنا احد
 اسباب هذا المنظر الهلامي ولين الغشاء الباطن للمعدة اليس هنا المشابهة
 بين هذا اللين والرتج المصلي الذي يسبق ويصحب غفريا القم ولا شك ان ازالة

هذه الشكولة متغيرة لانها انما نشأت من منظر التغير وشكله ولذلك
احوالا اخرى يؤخذ منها ما يشبه ذلك

فهي ان طفلا انتى عمره اربعة ايام وبنيته قوية وجميع جسمه فيه صفرة يرقانية
خفيفة ودخل المارستان فى الثالث والعشرين من اووت وكان حصل له
فى صباح الثمانى والعشرين براز كية كبيرة من مواد خضراء سائلة وبعض
فى من مواد كذلك (علاجه الارز المصغ واللبن الممزوج) وفى الرابع والعشرين
تغيرت سمته وتقطب وجهه وصار صياحه شائعا كثيرا يعان بالالام وظن
من شدة حركة تخاطيط وجهه واضطراب مقلته ان الطفل مصاب بأفة مخجية
علامتها هى الحركة التشنجية فى التخاطيط واما الطبيب بارون فتنحصر الداء
بانه لين هلامي فى المعدة وفى الثامن والعشرين استدام التى وصار يستغنى
من الطفل لمعدا مشروية مقدار عظيم من مادة مخضرة وعرض رمد خفيف
جفى فى العين اليسرى (علاجه الشعير المحلى وقطرة مرخية) ومن الخامس
والعشرين الى الثامن والعشرين بقيت هذه الحالة وانما اخذ النحول فى التقدم
السريع وصحكت السمكة دائما متغيرة ذهبن بالتألم غير ان الاضطراب
العام تبدل بهبوط يقرب لان يكون دائما وفى الثامن والعشرين صار جميع
الغشاء المخاطى القمى شديدا لاجزاء وتغطى بموجيت ولم يزل التى باقيا وانما
الاسهال فاقطع ولم يحصل فى الطفل تغير الى السادس من سبتمبر ومن ذلك
الوقت الى الثمانى عشر سقط فى ذبول وفحول زائدته ينجى مع قه مستدام
واضطراب فى القوى بالغ الغلبة ونفض صغير ضعيف ثم الموت ولما عرضت
جثته للمشاهدة وجد بقايا موجيت على اللسان وطول المزى ووجد فى سعة
قيراطين من المعدة نحو حدبها الكبيرة لين هلامي فى الغشاء المخاطى الذى وجد
ايضا كايما مخططا بخطوط صفراء ومحو لا الى لب منتشر بحيث يقطع اذا سط
على المعدة تيار مائى لاجل غسلها فاذا ازيل هذا الجزء الفاسد وجد الغشاء
العضلى سليم الاليف قائما منه مع الغشاء المصلى العمق الفاسد لهذا الالين
ودائرة اللين مخاطية مجعوبة او مجتمعة شديدا لاجزاء من الغشاء المخاطى الذى

لم يكن في هذا الحمل واذا شق ظهره مترشح بمصل مدم واما الباقي من سطح
المعدة فكان فيه بعض حروز حمر مختلفة في شدة الاحمرار وغير منتظمة ووجد
في بعض محال احتقان شعري شديد وفي المعال الدقيقة بعض حروز حمر وكذا
الغليظ واما الرئتان والقلب والمخ فسلمية

ففي هذه المشاهدة وجد اللين معكوبا بآثار من التهاب حاد شديد وتلك صفات
تخالف بالكلية ما شاهدناه في الحالة السابقة فيستنتج من ذلك ان اللين الهلامي
كما يكون نتيجة التهاب مزمن يكون نتيجة التهاب حاد فليس احدهما اولى به
من الآخر وقد شاهدنا هنا ايضا تضاعفه بتراكم المصل الذي يظهر انه ينسب
لوجوده في المعدة الفاسدة المنظر الهلامي الذي للغشاء المخاطي ويقوى هذا
الرأى بتجمد المصل في معدة طفل المشاهدة السابقة والفساد هنا لم يزد تقدمه
حتى ينقب المعدة كما في المشاهدة السابقة التي كان اللين فيها ايضا مضاعفا
بالتهاب جراحي

قال المؤلف في الامثلة الثلاثة التي ذكرتها هنا كما في اربعة اخرى عندي
يطول شرحها لو ذكرتها شاهدنا فيضان السائلات المصلية نحو المعدة وذلك
يحمل على ظن انه يسبق اللين وكأ انه يجهز له مواد ويساعد في اعطائه منظر
وشكل الصورة الجليدية التي توجد في الغشاء المخاطي اللين المتقوى في ذلك
المصل المخلوط بالدم المجذوب بواسطة التقيح الالتهابي واذا كان ظنا قويا لزم
ان يوجد اللين دائما في اميل جزء من العضو لان هناك تتراكم غالب السوائل
الراسبة في لجة المنسوجات والملاحظات التجريبية تدل على ان هذا الفساد
يحصل دائما في الحدية الكبيرة للمعدة وذلك هو ما شاهدته في امثلي
السبعة للين الهلامي وقد اكد لي الطبيب بارون ان مشاهداته تثبت ذلك
دائما

فان قلت ما الذي يستنتج من هذه الامور الواقعية وتلك الاعتبارات تقول ان
اللين الهلامي في المعدة يقوم من فساد في الغشاء المخاطي لهذا العضو بسبب
عن التهاب شديد حاد او مزمن وصفة هذا الفساد تراكم المصل في جدران

العضو والانتفاخ والقوام الهلامي في الغشاء المخاطي لجزءه معدودة موضوع
غالبا في التقوس الكبير للمعدة ووجود آثار واضحة في الغشاء الذي حوله
ناجمة من التهاب حاد او مزمن وذلك الفساد في الغشاء المخاطي الجاذب معه
فساد الأغشية الاخرى يمكن ان يحصل منه انثقاب يسبب موت المريض سريعا
وانه كما يصح ان يحصل في زمن التسنين الاول او قر به كما في معظم الاحوال التي
شاهدناها كروفلير يصح ان يحصل ايضا للاطفال الصغار جدا كما في الامثلة
التي ذكرناها

واحد من ان يشته عليه اللين المذكو ونوع آخر من اللين لا يتبع غالبا التهابا
حادا وسنذكر فيما يأتي طبيعته بعد الكلام على جميع التهابات القناة
الهضمية

قال بليار ولا يبحث هنا عن السبب الخاص لتراكم المصل المصاحب للين
الهلامي وربما كان من اللازم البحث عن حالة الدم في الاوردة المحيطة باللين من
الذين ما نواجه لتعرف هل انقطع سيره في القنوات الوريدية من التجمعات اللبينية
ام لا فان من المعلوم ان هذه حالة يحصل منها احيانا رشح مصل غير ان نسبت
هذا البحث وذلك خلل منى في عدم تكمله شرح اللين الهلامي وكذا لا يبحث ايضا
في الافتراضات الكثيرة التي تحدثني بها فسي في الاسباب الممكنة لهذا
الداء لكوني التزمت ان لا اضع في كتابي المستنتجات الصحيحة المأخوذة من
الامور الواقعية فلما لم يتيسر لي ان اوضح واين السبب القريب لهذا اللين
بكيفية واضحة واكتفيت بذكر جميع الاحوال التي تعجبه بادرت بذكر جملة
الاعراض الخاصة الدالة عليه مدة الحياة

فالطبيب كروفلير ذكر سابقا هذه الاعراض بغاية الضبط ويعرف مما ذكرته
ايضا بعض علامات مخصوصة ذكرها هو ايضا فالداء يبتدأ غالبا باعراض
التهاب معدى شديد كتور في القسم الشراسيني وتآلم فيه بمجرد اللمس وفي
اللين والمشروبات التي يتعاطاها الطفل ولما وصفناه او خضرنا وذلك التي
يعرض كل وقت اما بعد شرب الطفل حالا او بعد زمن طويل من شربه ويوجد

احيانا اسهال وهو يختلف باختلاف الاشخاص فيعود بعد قطعه يوما
او يومين ومواد الاسهال كثيرا ما تكون خضراء كواد التي ~~تكون~~ يكون الجلد
باردا في الاطراف والنفض في الغالب يكون غير منتظم ويندر ان يدوم على
حالة واحدة والسحنة تعلن على الدوام بالام والوجه يبق مقلبا كانه في حالة
صباح والصباح شاقا والتنفس نخبيا ويوجد اضطراب عام بحيث يحصل
على ظن وجود آفة مخية ثم يتبع هذه الاعراض الأولية حالة عامة في سقوط
القوى وعدم الحساسية ~~لكن~~ بحيث ان الالم قد يستيقظ زمنا فزنا فيولد
في الطفل اضطرابا وازعاجا كالذي كان معه في ابتداء الداء ثم في اليوم السادس
او الثامن الى التاسع عشر وحيانا الى اطول من ذلك يموت الطفل في حالة
هبوط من السهر اى عدم النوم والتي المستدام والام والاطفال الصغار جدا
لا يوجد فيهم الاقليل حتى بل قد لا توجد اصلا فاذا كانت الداء من هنا كانت سير
هذه العوارض ابطأ من ذلك

وبمجموع هذه الاعراض والافات التفسيرية التي تشاهد في رمة الاطفال
التي وجدت فيها هذه الاعراض يؤخذ منها ان الداء الذي نحن بصددده فيه شبه
بالاشتباب الذي يحصل من ذاته الناشئ من اللبن الحزني للغشاء المخاطي
المعدى الذي شاهده شوسير من زمن طويل في المولودين جديده لو شاهده
بعده كثيرون ككلوكيه واندرال وغيرهما في الكبار المختلفين في السن
والنوع والمنظر الهلامي الذي يديه هذا اللبن في الاطفال يمكن ان يكون
ناشئا من كون هذا السن يسهل فيه ترشح المنسوجات العلوى الداخل في تركيب
الاعضاء بالمصل انتهى

والاعراض التي توجد في الاطفال الكبار قريبة من ذلك فيحصل لهم مغص
شديد يتبعه اسهال المادة خضراء شبيهة بالحشيش المقروم والتي يكون مخاطيا
او صفراويا والعطش محرقا شديدا ويحصل لهم احيانا تلوى يقرب للعقل
انه ناشئ من آلام البطن وبقية الاعراض كالسابقة واول من شرح جيذا
هذا النوع في الاطفال الكبار كروفليرو وذكروا ان اعظم اسبابه فيهم هي القطامة

دفعه والتغذية الشديدة بالنسبة للطاقة اعضاءهم الهضمية وافراط المسهلات
بل واستعمالها بدون افراط كشراب الايكا كوانا والشرابات المضادة
للاسكوربوت ونحو ذلك والاسهال المستطيل المدة ولا يخفى ان هذه الاسباب
لا تختلف عن اسباب الالتهاب المعدي الاعتيادي وذلك ركن وفيلير
في التشریح المرضي الرمي في هؤلاء الاطفال الكبار ان اللبن يتقدم دائماً من
الباطن الى الظاهر (اي كما هو في الاطفال الصغار في مشاهدات بليار)
فيوجد اولاً اتباع بسيط للالياف ويفصل بينها مخاط هلامي فيوجب ذلك
تكون جدران العضو سمكة نصف شفافة ثم تقهر تلك الالياف حتى تزول
بالكلية بحيث ان المعدة اللينة او المعالين يشبه الهلام الشفاف المستدير
الى انايب واجزاء انايب فاذا كانت الاستحالة تامة خرجت الاجزاء المستحيلة
طبقة طبقة والباقي يظهر رقيقاً واما البريتون فيقاوم ذلك زمناً طويلاً
ثم يستولى عليه اللبن ايضا فينبري ويحصل الالتصاق والاجزاء المصابة بتلك
الاستحالة يعدم لونها وتكون شفافة في منظر غير آلي وخالية بالكلية من العروق
ويتصاعد منها رائحة حمضية شبيهة برائحة اللبن الحامض بدون ان يكون فيها
رائحة تعفن او غثرى بنا وهذا امر مهم الاعتبار وهو ان فساد الاجزاء اللينة
يكون اقل سرعة من فساد الاجزاء الغير المتغيرة من البنية والغلي الذي يحول
المعدة والامعاء الى هلام يفيد التصور التام لهذا النوع من التغير قال كروفيلير
ولنزد على ذلك ايضا هنا ظاهرة مهمة وهي التلون الاسود للاوعية القريبة
لهذا الجزء المتغير مع اني مشاهدت هذا اللون لاني الاجزاء الفاسدة ولا في
السائل المحوية فيها

ولم يظن كروفيلير ان هذا التغير نتيجة التهاب وانما تسببه تهيج معدي او معدى
منعوى لكن هذا التهيج على رأيه له طبيعة مخصوصة ولم يوضحه زيادة عن ذلك
مع انه لم يبعد عن ظن ان السائل المجهول الطبيعة الناشئ عن الداء لا يعين اقله
بعد الموت على تحويل المنسوجات الى مادة هلامية واستند في رأيه على ان لبن
المعدة يشاهد غالباً بل دائماً في طرفها الطحالي وذلك محل تراكب فيه

السائلات في جميع الرم التي توضع منبطحة وعلى امر آخر وهو ان اللبن كثيرا
 ما ينتشر من منسوج الى منسوج مجاور له بواسطة نوع تشرب وتنذية كمن
 المعدة الى الجلباب الحاذر ومن المرى الى الجلباب القاسم الى الرئة ومن المعاء
 الغليظ الى سطح الكلية ونحو ذلك وانما ظن ان هذه النتائج الاخيرة رمية
 واذا اريد شرح داء من هذا التغير المرضى عسر يقينا معرفة طبيعته فانه
 يبادى النظر يختلف عن الالتهابات الاعتيادية في الطرق الهضمية بحيث يبعد
 ان يكون فيه بعض شبهها لكن اذا اعتبرنا ان هذه الاختلافات انما هي
 في الآفات التشرىحية لا غير واما اسباب الداء وعلاماته الرئيسة ووسائل
 علاجه المناسبة فتقرب من ان تكون كما في الالتهاب المعدى المعوى الاعتيادى
 رجعتنا الى رأى المخالف لذلك من انها ناشئة من الالتهاب كما هو ايضا
 رأى بليار في الاطفال الصغار فيكون اللبن الهلامى في المنسوجات انما هو
 آخر انتهاء لهذا الالتهاب وانه حالة فساد حصلت عقبه واستحالة لتغير مرضى
 متقدم ويقوى ذلك ان الداء كثيرا ما يتبدأ باعراض حمية قوية ثم يحصل
 دفعة هذا الفساد الهلامى فلا يفقد النبض سرعته وتزول حرارة الجلد المحرقة
 ويصير باردا وذلك يدل على ان الداء ابتداء كما تنبأ الالتهابات المعدية المعوية
 الا انه بسبب خصوصية مجهولة لا ينتج عنه فساد في المنسوجات اسرع مما
 في الاحوال الاعتيادية ويترتب للعقل ان مما يعين على هذا الفساد رقة لطافة
 السن في الاطفال مع ان هذا الداء يشاهد ايضا في الكبار البالغين كما ذكر لويس
 جملة امثلة منه في رسالة مخصوصة له في ذلك وصرح فيما يابانه بالنظر لا عراضه
 وآفاته التشرىحية الرمية وشبهه باللين الذى يتبع التهابات الجلد يلزم ان يكون
 نتيجة التهاب في الغشاء المخاطى المعدى وما قاله في المعدة يقال مثله في الامعاء
 فاسباب هذا الفساد هي اسباب الالتهاب المعدى نفسه لانه انما هو تنوع في انتهاء
 هذا الالتهاب ولذا كانت اعراضه في البالغين كاعراض الالتهاب المذكور
 وذكر لويس في التشرىح المرضى لهذا اللبن الهلامى الذى شهود في المعدة
 ان المعدة تارة تكون صغيرة الحجم وتارة كبيرة ولا يوجد في ظاهرها ما هو عظيم

الاعتبار

الاعتبار واما باطنها فيوجد في جزئها من سطحه لون ابيض باهت فيه زرقة وذلك اللون اما متصل ببعضه او على هيئة صفائح قريبة لبعضها وفيها ابتداء على غير انتظام وتلك الحال هي التي تلبس او ترق او تلف بالكلية فاذا كان هنالك لون كان لونهما اما سنجابي او وردي ولكن الغالب ان تتحول تلك الاجزاء الى مادة مخاطية لدرجة زلالية باهتة اللون نصف شفافة والاوعية التي تسبح على سطح المنسوج الذي تحت الغشاء المخاطي تكون واضحة جدا واسعة خالية والاعشية الاخر تكون في الغالب سليمة وحيانا تشارك في هذا الفساد ويبقى البريتون وحده سليما والغشاء المخاطي حول هذه الاجزاء اللينة والرقية او التالفة يكون احيانا ورديا او شديدا حمرة وكثيرا ما يكون سنجابيا سميكاً حلياً في بعض الاحوال وكثيرا ما توجد فيه قروح عميقة

وكروفلير يسمى هذا اللون المذكور باللين المرقى اي الذي مادته تشبه الامراق الدسمة وذكر ان طبيعته تتخالف طبيعة اللين الهلامي وعلى رآيه يكون هذا التغير نتيجة رمية ولنا ان نقول بصفة هذا الرأى اذا قلنا ان من المعلوم المحقق ان اللين الهلامي في البالغين بل وفي الاطفال ايضا انما هو الدرجة الاخيرة لالتهاب الغشاء المخاطي كما قلنا فلا يستحق ان يكون داء مخصوصا وحده ان يكون شرحه في كتب التشريح المرضى

واما علاج هذا الداء فلا يخفى ان طبيعته متكامل فيها فان جريئاً على ما اخترناه من انه فساد انتهى به الالتهاب كان من المهم علاج هذا الالتهاب من ابتداء ظهوره علاجا قويا والتحرز من حصول هذا اللين خصوصا وقد عرفت سرعة سيره وذلك يأتي في علاج الالتهاب المعدي عموما واما على رأى كروفلير الذي يعتبره حالة مرضية مخصوصة اقله في الاطفال فله عنده علاج مخصوص فعلى رأيه الجوع والعطش والحمية البنية والاستحمامات والانيون المأموره بالمناسب هي الوسائط الشفائية له قال بعض المحققين ولا اقول برأيه في نفع الامتناع عن السوائل في هذا الداء اذ يعسر منع هذا الطفل الصغير المسكين عن نغاطي المشروبات مع ما به من العطش المحرق فكيف نجعله فريسة لذلك

الظمأ ولا تظن ان الماء القراح مثلا المستعمل بمقدار يسير يزيد في الالتهاب
وكذلك الافصاد الموضعية لا تحكم بنفعها في آخر الامر كما حكم بها اذ تأثيرها
مبهم جدا اذا حصل اللبن بالفعل اما في اول الالتهاب فتكون قووية الفعل في منع
حصول هذا الانتهاء المحزن

خاتمة في علاج الالتهاب المعدي ٤٥٥

احد الوسائل الأولية في علاج هذا الالتهاب هو ان توقف حسب الامكان
وظائف هذا العضو فيجب ذلك يقطع الطفل فطامة وقتية فقد شوهد
ان الالتهاب القمي سواء المصعوب بالموجيت او النير المصعوب به شفي جيدا
بدلك الغشاء المخاطي القمي بقلم رسم مبتل بماء الخطمية فيصح حيثئذ
ان يسقى الطفل في ابتداء الالتهاب من مطبوخ خفيف من الجذور البيضاء
للخطمية على بالسكر او شراب بسيط ومع ذلك ينبغي ان تنبه على ان الاطفال
المولودين لا يقدررون على تحمل الحمية فيسازم مع منع الارضاع ان يجتهد في
تغذيتهم بمحقن تفعل من مطبوخ الارز او الدقيق المنظيف واما الحقن من اللبن
الفاتر خصوصا اذا حليت بالسكر فانها قد تسبب الاسهال وقد ذكر ذلك سابقا
جرسان واستعمل كثيرا هذه الوسطة كلين اى مسهل لطيف قال بليار واتفق
ان مرضعة استشارتني في طفل لها معه جميع اعراض الالتهاب المعدي
الحاد فاشرت عليها بالفطامة مدمة من الزمن واعطيت طفلاها مع ذلك حنفا
صغيرة من اللبن الفاتر لاجل تغذيته فحصل له في اربع وعشرين ساعة اسهال
لم ينقطع الا بانقطاع استعمال هذه الحقن فلذلك كنت آمر للطفل في مثل ذلك
بالمغلي الابيض لسيد نام المركب من درهمين من قرن الايل المحروق المسحوق
وغمانية دراهم من الصمغ واثنى عشر درهما من السكر فيغلي ذلك مدة سبع دقائق
او ثمان في رطلين من الماء ويصفي المغلي من منخل حتى يصير صافيا ويضاف
عليه لاجل التعطير درهمان من ماء زهر البرتقان او درهمان من ماء القرفة
وكثيرا ما يدل الصمغ بدرهم او درهم ونصف من لباب الخبز فيستعمل الطفل
من ذلك ست آواق في اليوم في ثلاث مرات متفرقات فيمتص هذا السائل كله

واعطى

واعطى للطفل لاجل مشروبه المطبوخ الخفيف للخطمية بكميات قليلة فيزول منه بعد ثمانية ايام اعراض التهاب المعدي الشديد

ولا ينبغي ان يعمل وضع ضمادات خفيفة على القسم الخليلي واما العلق على هذا القسم فلا ينبغي غالباً لانه يضعف الطفل بدون منفعة والطبيب بارون كثيراً ما استعمله غير انه انتهى حاله معه بترك استعماله بالكلية لكن الظاهر انه اذا كانت اعراض الداء ثقيلة بحيث يخاف منها فساد المعدة بمثل الغثريين او اللين الهلامي او نحو ذلك يلزم ان يوضع علقتان او ثلاث على القسم المعدي كما سبق لنا ذكر ذلك في اللين الهلامي واما وضع عدد كثير منه فمضر قال بليار قد شاهدت كثيراً من الاطفال الاقوياء تحولوا الى حالة يصدق عليهم خلوهم فيعامن الدم بوضع اربع علقات اوست على اى جزء من الجسم ولذلك لا يستعمل بارون الاستفرغات الدموية في المولودين الامع غاية الاحتراس

والمحاولات وسبب الدلائل بالزهرم الانتيموني على القسم المعدي قد تستعمل بنجاح في الحالة التي اتخذ التهاب المعدي فيها سيراً منمناً فاذا اعقب شدة اعراض التهاب المخطاط القوي لزم الحذر من الامر بالمقويات والمنبهات والانبذة العامة ومطبوخ الكينا والبوليجالا وغير ذلك وان تذكر ان هذه الحالة اعنى المخطاط القوي تسبب غالباً من فساد عميق في المعدة كما ثبتنا ذلك في مجت اللين وقد سبق لنا ان المواد المصفرة التي يتقيأها المولودون غالباً علامة لتقرح جزائى في المعدة فينبغي في هذه الحالة الحذر من سقى الطفل التبيد السكرى او الامراق بقصد التقوية ويلزم ان لا يرضع من ثدى مرضعته الاشياء اسيراً

وهذه المعالجة العامة التي ذكرناها تناسب جميع تنوعات التهاب المعدي لكن كلما كانت الاعراض اقل كانت تقوية العلاج الزم ولتتم مجت التهابات المعدة بتنبيه مهم وهو ان تلك التهابات لا يحصل منها دائماً في الاطفال الصغار اعراض واضحة كما في المشاهدات المذكورة في هذا المبحث فان هنالك احوال تدل على امراض اخرى احوالاً اخرى لا يوجد فيها الابعاض من

هذه الاعراض التي ذكرناها وقد تظهر تلك الالتهابات في بعض الاحوال
 يطلو بحيث لا يمكن تشخيصها تقتلف الاطفال تهرأ عن الطبيب وسند كرشياً
 من ذلك عند الكلام على امراض اعضاء اخر وانما نقول هنا فقلب على النظر
 وجود داء في الاعضاء الهضمية مهما كانت قلة ظهور اعراضه متى كانت تغذية
 الطفل رديئة والهضم متكدرا ولم يرزل الطفل اخذا في التحول تدريجيا
 تـ * تسر الهضم في الاطفال الكبار يحصل لهم كثيرا بسبب شراهم
 لاغذية فتتراكم في معدتهم كمية عظيمة منها وينبغي الانتباه حينئذ للتأثير
 الاشتراكي الحاصل بين المعدة والمخ بل الغالب ان ينسب لهذه الحالة الاخيرة
 الصفة الدائمة لسر الهضم في المولودين من كونه يظهر دائما بقي معقوب
 نادرا باستفراغ قولي ولا يظهر من الابتداء باستفراغ ثقلي بدون في فسوء
 الهضم فيهم يكون دائما فيا يجحلفه في البالغين فانه يكون فيهم احيا نامعويا
 ويندر في الاطفال ان يعقب سوء الهضم التهابات مزمنة في المعدة او الامعاء
 وليس ذلك لكون معدتهم قليلة التهييج وانما هو لان التهاب يندر ان يكتسب
 شكلا مزمنيا في السنين الاول من الحياة فان كان سوء الهضم بالنظر لذلك
 نتيجة قلبية له انظر لم يكن كذلك اذا وجه التأمل جهة المخ وان كان الغالب
 ان ينبوع داء هذا العضو موجود في آفة في الاحشاء الرئيسة للهضم ولكن
 الوسائط التي يوجهها الطبيب لسر الهضم يصح ان يقال فيها انها تاوية
 فالذي ينبغي في تلك الحالة اذا ظهر سوء الهضم ان يوجه الانتباه نحو الرأس
 ويكنى لتسكين تشنج المعدة الحمية والمشروبات القليلة التنبية ومنقوع الشاي
 والمليساى الباذرنجبويه وبعض نقط من ماء زهر البرتقان في كوبة من ماء
 محلي بالسكر فاذا ظهرت حينئذ علامات الاحتقان المخي استعملت حمامات
 القدم وبعض علق على الشنوات الحمية او العنق فاذا خيف من شدة عوارض
 المخ كان من النافع الحقن المسهلة ولا ينبغي تقوية الوسائط حينئذ في المعدة
 لان قابليتها للتنبه تعارض ذلك والحمية المناسبة مدة ايام تناسب للحدرد
 من كل عارض

ثم ان الاطفال الذين عمرهم اربع سنين او خمس قد يصابون بالالتهاب المعدي وصفته فيهم الشديد في قسم المعدة يتجدد زمنا فزمننا وتواتر في النبض وحرارة في الجلد واحمرار في اللسان غالبا وجفاف ويحصل للطفل تلوى وكثيرا ما يضع يده على موضع الالم واحيانا يحصل له قيء مستمر وينبغي ان تعلم ان الاطفال يكثر كونهم عرضة لشبه اعتقال معدي خلاف ما يظن فيهم عموما ويظن ذلك من لاممارسة له التهابا معديا وينبغي ان يؤمر في الابتداء بمغلي الشعير وعرق النجيل والكمادات والضمادات المرخية على المعدة والاستحمام وبعض علق على محل الالم فاذا دام الاضطراب العصبي ولم ينقد القيء لهذه الوسائط لزم وضع حراقة على القسم المعدي ويعطى للطفل جرعة مضادة للتشنج افبونية فان ذلك ينجح غالبا في هذه الحالة الاخيرة

ولنذكر كليات مختصرة في الحمضية التي تندفع في الاطفال الكبار وذلك ان الهضم كثيرا ما يضعف فيهم خصوصا اذا كانت بنيتهم ضعيفة فيشاهد حينئذ ما يسمى بحمضية القنوات الاصلية في هذه الحالة تستشعر الاطفال بحمضية في القم ويتقذف منهم مواد خضراء قثيفة فيهم الحساسية والزغل اكثر من العادة ففي ذلك يلزم ان يزال الحمض وتعاد سلامة ونظافة الاعضاء الهضمية والختار لذلك من الادوية الماصة المغنيسيا وكربونات الكلس بكمية مستقدمات الى ثمان ثم يقوى الطفل ببعض مقويات كالقرقة والادوية الحديدية وامراق اللحم والنيبيذ الجيد او يحصى الطفل حمية قاسية ويستعمل مشروب ملطف ويراعى مع ذلك تدبير غذاء المرضعة

الفصل الثاني

في امراض القناة المعوية

لنجعل في هذا الفصل مقالتان

المقالة الاولى

في الامراض الخلقية في القناة المعوية

وفي هذه المقالة اربعة مباحث

المبحث الاول في نمو القناة المعوية

الاصول الاول للقناة المعوية في الجنين البشري لم تشاهد مع غاية الضبط حتى لا يكون في ظهورها وكيفية نموها شك ولا تخمين وانما وصلوا بطريق المشابهة لغيرها والقياس لا بطريق المشاهدة مباشرة الى استنباط بعض نتائج توضيح الشكل الاقلى للامعاء ومع ذلك عندما مستنتجات تقرب للصحة تجب من اجابات مشاهير المشرحين ككييل وولف ويبيد مان وغيرهم فيها ان القناة المعوية لا تقوم في الاصل الامن شبه حوصلة مستطيلة يتكون من امتدادها من الطرف العلوى او الخفى الى الطرف السفلى او العصى قناة غير مثقوبة من الطرفين ا كن لم تثبت قليلا حتى تنفتح من الفم ومن الشرج وذكر بعض المشرحين ان القناة المعوية مكونة من جزئين جانيين وكل واحد منهما مقتضى قانون الاتصال الذى ذكره سيرى في ازدواج الاعضاء كما انه يذهب نحو الاخر حتى ينضم من الامام بالجوهر الالتصاقى الزلالى الذى يتم الاسطوانة الموجودة الآن تجويفها على هذه الصورة وظن بعضهم ان القناة المعوية تتكون من قطع منعزلة في الابتداء ثم تنضم ببعضها

والوضع الاول للقناة المعوية فيه ايضا اختلاف كثير ف قيل انها تكون في الاول موضوعة على العمود الفقرى وقيل على الجزء المقدم للبطن في قاعدة الحبل حيث تتصل مباشرة بالحوصلة المرية وقال فلبوس انها موضوعة في احد منتفجات الحبل حيث توجد محاطة بسائل مصل صاف يشاهد في وسطه كمية قليلة من مادة مصفرة وقال ولف وكييل لا توجد موضوعة قرب المرية الا لكونها ك كابت المنحساء من الخلف الى الامام وبهذا الانحناء والتقوس يتكون منها زاوية تختلف في الحدة وتذهب الى الحبل نافذة من الفتحة السرية

ولا حاجة لمعارضة شيء من تلك الآراء وانما يلزم ان توضح هنا امر يمكن ان يتعنا في امراض المولودين وهو ان في ابتداء تكون الجنين يكون الجدار المقدم

للبطن مكوّن من شبه زائدة من قاعدة الحبل السرى وان القناة المعوية الملتصقة
من الخلف بالعمود الفقري تمتد من الامام الى هذه القاعدة حيث توجد
التلافيف المعوية في الاشهر الاول ثاوية فيما ولتقتصر على هذا الامر الواقعى
ونلاحظه عندما نتكلم على الفتوق البطنية

ثم ان الجهاز المعوى مهما كانت الكيفية التى يحسبها اكتسب شكل انبوية
يوجد فى الشهر الثالث والرابع منتبها على نفسه ومنتهيا من الاعلى بالمعدة
ومن الاسفل بالخروج وتجويفه يكون حينئذ ضيقا جدا وكلما كان الجنين اصغر
كانت قناته المعوية اقصر ومن السادس الى الثامن توجد فى هذه القناة
تقريرا المتناسبات المشابهة لما يكون عند البالغين من اختلافات الاجزاء
المركبة لها فى هذا الزمن تكون تلافيف المعى الدقيق كثيرة العدد واما
تحددات المعى الغليظ فكانت متكونة من قبل ذلك فحو الشهر الخامس على
حسب ما ذكره مر جافى ونسبة طول المعى الدقيق للمعى الغليظ كنسبة ثمانية
لسته وتلك المشاهدات ذكرها هاليروسمرج ومكيل وغيرهم

وذكر مكيل ان المعى يوجد فيه من الباطن نحو ابتداء الشهر الثالث ثنيات
كثيرة مستطيلة وبظهر نحو آخر الرابع الحمل على شكل مرتفعات صغيرة كثيرة
العدد وفى السابع تقريرا تتكون الاصحة الطابقة ومن هذا الزمن الى التاسع
من حيث ان دورة الدم البطنية تكون قوية جدا تشاهد تقرعات كثيرة وعائية
لاتشاهد فى الابتداء الا فى ظاهر الامعاء لكن لم تلبث قليلا حتى تظهر ايضا
نافذة فى الغشاء المخاطى فينتج من هذا الاحتقان الدموى فى القناة الهضمية
لون وردى فى الغشاء الباطن الذى بواسطة احتقان او عيته يسهل فصله
عن الغشاء الظاهر والالياف العضلية فى الجنين الصغير تكون قليلة النخوة
فالغشاء البريتونى والمخاطى يكونان كانهما موضوعان على بعضها وانما يتبدأ
ظهور الاعور من ستة اسابيع الى شهرين ويكتسب الشكل والاقدار النسبية
بينه وبين باقى القناة المعوية التى يلزم ان تكون له فى بقية الحياة واما القرب
العظيم الذى قبل الشهرين لم يكن شيئا مذكورا فيبتدأ عند ذلك ظهوره

من الحافة السالبة للمعدة ثم يأخذ في اكتساب السعة الى زمن الولادة لكنه في مدة الحياة داخل الرحم يبقى رقيقا جدا وبعد الولادة تملك وريقاته بسبب نمو التسوج الدهني الذي يكتسب زيادة يختلف عظمها باختلاف الاشخاص ولا حاجة لان تتكلم هنا على الجهاز القلدي اى السنفلوى الذى هو واحد متعلقات القناة الهضمية لاتناسد ذكره في محل آخر

ثم في مدة مكابدة القناة المعوية هذه التغيرات وانضمام جميع الاجزاء المركبة لها ببعضها ونهيتها بحيث يتكون منها قناة تامة تصب فيها الاعضاء مستتج افرانها ويزر زجدارها الباطن نفسه على سطحه ساءة لامعدا لتغذيته وربما اعان بوجه ما على تغذية الجنين تحصل بجله تطا هرات يقوم منها شبه هضم في داخل الرحم يتدأ حصوله ويزيد كلما زاد تكون المعاد تدوم مدته اقله قدر ثلثي الحياة داخل الرحم وينتهي عند الولادة وذلك الهضم الطويل للمواد المنتشرة او المنفردة في الطرق الهضمية يظهر انه شبيه في مدته وبطئه بهضم الحيوانات التي تحتنى حياتها في الشتاء

واذا كان الحال كذلك لزم ان القناة المعوية لمولود اذا عرضت للبحث يوجد فيها جميع الظواهر الرومية اى التشرىحية التي توجد في الجهاز الهضمي لشخص كبير مات مدة الهضم ووجد في جثته آثاره ونتائج فيشاهد مثل ذلك يقينا في المولودين ولشقف هنا هنية اولاق شكل اعضاء الهضم في الاطفال المولودين ومنظرها وثانيا في طبيعة المواد المحوية في القناة الهضمية وصفاتها الطبيعية وثالثا في الكيفية التي تحصل بها الاستفراغات الاول التغلية والظواهرات التي تعلق بذلك فان هذا كله مهم المعرفة لانه يلزم لمعرفة الاحوال المرضية التي توجد في القناة المعوية في المولودين معرفة الصفات الحقيقية لها في حالة السلامة فالاثني عشرى يكون منظره ورديا ويمتد ذلك الاجزاء للصائم ويكون اقل ظهورا في اللغاة في وجود في الصائم آثار بارزة للاصمة الطابقة ويكون الجمل ظاهرا فيه ايضا وكثيرا ما يوجد في هذا الصائم اجرة مخاطية منعزلة حجمها كراس دبوس وتكون في الغالب مبيضة ويوجد في آخر اللغائي ضفائر

جراية قليلة الظهور مبيضة ايضا واحيانا منكته بالسواد كما يشاهد ذلك
في الكبار البالغين والصمام اللثائي الا عوزى يكون ظاهرا ايضا والفتحة
المحدودة به ضيقة جدا بل في كثير من الاطفال لا تمر ديشة غراب منها الا بغاية
العنف فهي تمنع جيدا في هذا السن رجوع المواد والغازات من المعال الغليظ
الى المعال الدقيق وتعطى عمر اخالصا للمواد المعوية التي تذهب من المعال الدقيق
الى المعال الغليظ ويمكنك تحقيق ذلك بان تفعل على التعاقب تيارا مائيا في كل
من طرفي القناة الهضمية فالماء يمر باطلاق من جهة ويجدها ناعلا لا يشهر من
جهة اخرى واما الا عوزى بية المعال الغليظ فلا توجد فيه انخضاضاته ولا تنواته
وجودا واضحا الا فيما بعد

والغشاء الباطن للطرق الهضمية يفقد بعد الولادة تدريجا لونه الاعتيادي
فيصير ابيض لبنيا وبيقي زغبيا زمنيا وفي مدة السنة الاولى يكون عظيم
الاهتمام بهذا المنظر وبالاقرار الكثير لمواده المخاطية

والمواد المحوية في القناة المعوية للمولود تختلف في اللون والقوام والغالب انه
يوجد في الاثنى عشرى والصائم مواد مخاطية سمكية مبيضة ملتصقة بجدران
الامعاء ومتركة في بعض المحال واحيانا تنسبط بانقراض والغالب ان هذه
المواد تكون ملونة بالصفرة ويقرب للعقل ان هذا اللون اللازم آت من الصفراء
وكثيرا ما يوجد في محال من هذه القناة المعوية ندف او كتل صغيرة
لونها مخضر تشاهد ايضا في الامعاء بعد اندفاع العقي بزمان طويل كما شاهد
ذلك بليار في اطفال عمرهم ثمانية ايام ويظهر انه ليس فيها خاصية التنبيه لان
دوامها في المعال لا يسبب التهابا في الغشاء المخاطي ومما يكثر وجوده في القسم
اللثائي الا عوزى في الاطفال المولودين تراكم مواد سائلة صفراء زبدية وان
يكون المعال الغليظ دائما مملوا بالعقي الذي قوامه زفتي ولونه اخضر غامق

فهذه هي الانواع المختلفة للمنظر للمواد المعوية التي توجد في الحالة الاعتيادية
والغالب ان العقي اعنى الجوهر الاخضر النخين القاري الذي يصح ان نعتبره
تبيجة للمضم الجنيني ونشبهه بالنفل المحوى في قولون البالغين لا يتصف

بالصفات الطبيعية التي ذكرناها الا اذا وصل للمعاء الغليظ فاذا وجد في ابتداء
 المعاء الدقيق الى المعدة فذلك لكونه صعد نحو هذه الاقسام في القناة الهضمية
 بحركة مضادة للحركة الاعتيادية في اعضاء الهضم ومع ذلك شوه هذا اختلاف
 غريب وزوغان عن هذه المساعدة العامة كالثال الغريب الذي شوه فيه
 العقي مالمثل للمرى الغير المنتقب في جنين عديم المخ ذكر قصته لانه لم يولد وذكراها
 عنه سابقا يسوغ لنا ان نظن على مقتضى هذا الامر الغريب ان العقي المكون
 من مياه الامنيوس التي ازدردها الطفل ومن المادة المخاطية المنفرزة من
 سطح الامعاء يكسب خواصه الطبيعية بلامسته زمنا طويلا بالجدار ان القناة
 الهضمية وانه اذا شوه عادة في قولون فذلك لان هذا القسم يأوى في الغالب
 المواد المعوية القديمة التي توجد مندفعة لهذا الجزء كلما دخلت او انقرزت
 في الامعاء وهذا التأويل موافق لما عليه الفسيولوجيون فانهم يظنون
 ان تغذية الجنين كما تحصل بواسطة الدورة المشيمية تحصل ايضا بواسطة مياه
 الامنيوس كذا قاله لويستين ولا حاجة لاطالة الكلام في ذلك لانه يخرجنا
 عن موضوعنا فلنرجع لنشرح اوصاف منظر الغشاء المخاطي المعوي للمولودين
 في حال سلامته من الامراض

فاذا رفع من القناة الهضمية جميع السائلات المحتوية هي عليها بقى ايضا طبقة
 مخاطية كثيفة ملتصقة بالجدار الباطن للقناة وبسبب كثافتها وقوامها
 يتكون منها شبه طلاء على سطح الغشاء المخاطي وتلك الطبقة ترفع بالظفر على
 شكل غلالة يمكن ان يظنها المشاهد الغير المتأمل قطعا من الغشاء المخاطي نفسه
 ويقرب للعقل انها هي التي اعتبرها بعض الاطباء اوساخا قاسرا لاجل
 اندفاعها الى الخارج باسسه مال . مسهلات في الايام الاولى من ولادة الطفل لكن
 تلك الطبقة سواء كانت منفعها حفظ الغشاء المخاطي الهضمي من تعب المماسه
 الغير الاعتيادية للاغذية الاولى او كانت مجرد رسوب من سائل محوى مدة
 طويلة في القناة الغذائية عديم النفع او غير معلومه هي لا تبقى على سطح الغشاء
 الارضنا يسيرا فتقتل عنه بدون احتياج لمسهل على هيئة تقشر اعتيادي

وذلك التقشر يحصل بهيئة صفائح رقيقة تنثني على نفسها فتوم منها الندف الصغيرة المبيضة التي توجد بكثرة في فضلات الطفل واذالونت الصفراء سطعا من الاثنى عشرى او الصائم مهما كانت سعة كان محل ذلك اللون هو هذه الطبقة فهي الملونة بحيث اذا رفعت زال اللون من المعاء

ولنذكر هنا بالنظر لذلك امر اواقيما يحتاج للتنبيه عليه وهو ان من المعلوم ان العقي يلبون الغشاء المخاطى الملاصق له فيوجد كذلك في الجنين وفي الطفل ساعة الولادة ولكن اذا استفرغ ونزل من البطن كان كثيرا ما يأخذ معه قطعاً غلاية من الطلاء المخاطى الذى ذكرناه بحيث ان قولون يتخذ لونه الاخضر بسبب ذلك الامر الشبيه بالتقشر فاذا كان العقي شديد السيولة اندفع بسرعة وتركه بعده اللون الاخضر المذكور ولكن بعد ذلك حالاً يزول تدريجاً فيوجد في قولون صفحات غير منتظمة مخضرة ومبيضة على التعاقب ويمكن تأكيدها قلناه بان زال العقي بلطف من على سطح قولون بظهور المشرط فيشاهد انه يرفع معه البقايا اللبية الغشائية التي هي من الطلاء المخاطى وتترك في محلها الغشاء الباطن عديم اللون وعند ما يعرض المولود لتغذية جديدة يتغير منظر المواد المعوية وتصبح ظاهرات الهضم بالنظر لكيفية حصولها كثيرة الشبه بما يحصل مدة بقية الحياة والمرضعات وخدمة المرضى يعتنون جداً بالاستقراغات الاولى المعوية من المولودين فيبادرون في الغالب باعطاء الطفل المولود مسهل خفيفاً فراراً من بقاء هذه المادة التي هي على زعمهم مهيجة فتؤثر في البنية تأثيراً مهلكاً ونحن لا نقول بهذا الرأي ولا نرى في العقي خاصة كيميائية مهيجة نعم نعلم ان طول مكثه اى عدم استفرغته يحصل منه عوارض شبيهة بما يحصل من امساك البطن في الكبار فالاولى ان يقال لكن لا على انه قاعدة كلية انه يلزم ان يؤمر المولود بمشروب ملين اى مسهل خفيف كنصف درهم من شراب الراوند او بمحقنة من ماء فاتر وزيت زيتون لكن ذلك لمن لم يكن معه عيب من عيوب التكوين وتعوق فيه نزول العقي يوماً او يومين

المبحث الثاني

في عيوب تكون القناة المعوية

قد يعدم جزء يختلف عظمه من القناة المعوية في الاطفال العديمي المخ فكثيرا
مالا يوجد الاجزاء من المعال الدقيق مع المعال الغليظ او هذا المعال فقط والعيوب
الاخر الاصلية في التكون تنسب للشقوق والانسداد والاتساع والتضيق
في اجزاء من القناة المعوية

فالشق او الانقطاع في القناة المعوية شوهد في محال مختلفة من هذه القناة
ولكن الاكثر وجوده في المعال الدقيق وقد اشتهر مثال لسخافير فيه تقطع القناة
المعوية من جملة محال وذكر هذا الطبيب معظم ما ذكره المؤلفون من ذلك
وابدى اعتبارات صحيحة في الاسباب الممكنة لهذا العيب ولا حاجة لان نذكر
جميع ما ذكره بالتفصيل في تلك الرسالة ولان نجتهد في اثبات ان هذه
التقطعات في القناة ناتجة من كون هذه القناة في الاصل مكونة من جملة اجزاء
متباعدة عن بعضها ولم تنضم في تلك الحالة المذكورة وانما نجتهد في معرفة العلامات
التي تدل على وجود ذلك في الطفل المولود بهذا التشوه الخلقى

فالطفل الذكر الذي هو موضوع رسالة الطبيب سخافير ولد في شهر ديسمبر تام
الاشهر وهو بكرى امه فاما من الظاهر فكان جيد التركيب ولكن كان ملونا
بلون اصفر وكان يئن كثيرا ولا يخرج منه فضلات ثقيلة ولا عقي ولا بول ويرزرد
السائلات التي تعطى له ولكن لم يلبث قليلا حتى يتقايها ومواد التي كانت من
سائل اسمر يشبه العقي فذبل هذا الطفل وضعف جدا حتى مات في سابع
ولادته ولما فتحت جنته وجدت الاعضاء كلها سليمة الا القناة المعوية فكان
فيها ماسيد كرفالمعدة كانت اكثر عرودية من العادة في هذا السن واكثر اندفاعا
في المراق الايسر ومملوءة بالسائل الذي كان يتعاطاه الطفل والاثنى عشرى كان
شديد التمدد بحيث جاووز مقدار حجمه في الكبار البالغين والجزء الثالث من هذا
المعا بعد ان ثقب الرباط المتوسط لقولون انتهى بسد غير نافذ والقناة الباقية راسية
والصفراوية انقضت في الاثنى عشرى في محلها الاعتيادى والمعا كله كان ممثلا

بسائل اسمرو بقية القنساء المعوية كانت ضيقة جدا وتجويضها يحتوى على مقدار قليل من مواد مبيضة غروية زلالية يظهر انها في اللقائي تحوات الى قطع صغيرة كرية وكان اتساع الاثنى عشرى قيراطا ونصفا وطوله تسعة قرايط وعشرة خطوط وباقي المعال الدقيق كان طوله اربعة وثلاثين قيراطا وعرضه خطين ونصفا وكان طول المعال الغليظ اربعة عشر قيراطا وستة خطوط وعرضه خطين ونصفا وكان طول الاعور خطين وطول زائده احدى وعشرين خطا

قال بليار وقد شاهدت حالة شبيهة بذلك في بيت اللقطاء وانظن ان من اللازم ذكر قصتها وهي ان طفلا عمره يوم وبنيته ضعيفة دخل بيت اللقطاء في الثالث من افريل وكان جلده قليل التلون والدورة فيه بطيئة والحركات ضعيفة وفي الرابع صار يتقيأ اللبن والماء المحلى الذي يعطى له وعسر تنفسه وصار يصاحبه شأها اخناتقيا والنبض بطيئا جدا ولم يخرج منه عني منذ ولد ومع ذلك لم يكن في بطنه الا انتفاخ قليل وفي الخامس من الشهر تقيأ بكثرة مواد صفراء سائلة ومات في السادس فاما ظاهر جثته فلم يكن فيه الا صفرة قليلة ووجد كل من القم والمرى والمعدة سليما والاثنى عشرى كثير التمدد الى آخر تقوسه الثالث وقطر اتساعه نحو قيراط وينتهى دفعة بحاجز غير نافذ متصل بباقي القنساء الهضمية التى كانت ضيقة جدا والغشاء المصلى للاثنى عشرى كان متصلا بنظيره الذى للصائم وامل من البساطن قضيه انسداد تام بدون اثر انقباض ولا التصاق في الغشاء المخاطى الذى ينتهى بعرق مسدود وذلك المعال متوتر بمقدار عظيم من سائل اصفر زائد السيولة غروى وليس فيه قوام المادة الزقية ولا اللون الاخضر للعقي الحقيقي وبقية القنساء المعوية التى اتساعها يعسر ان يمر منه بحس امرأة لا تحتوى الا على مقدار يسير من مخاطية مبيضة لزجة ملتصقة بجدران المعال والمعال الغليظ الذى حجمه اغلظ من ذلك يسيرا لا يحتوى ايضا الا على شئ يسير من مثل ذلك ولا يوجد فيه اثر للعقي وغشاؤه المخاطى مبيض واما الرئتان فكانتا محتمتين بالدم خصوصا في حافتها الخلفية والفتحات

الجنينية كانت غير منسدة والمخ فيه قليل احتقان
قد شاهدنا في هاتين المشاهدتين ان الطفلين لم يخرج منهما عقي وكان معهما
في الابتداء في المشروبات التي يعاطيانها ثم بعد ذلك صارت مواد التي
مصفرة رغوية لم يكن فيها في الحقيقة الصفات الاعتيادية للعقي فهذه هي
الاعراض القاطعة التي يمكن ان تعرف بها وجود انسداد المعاء الدقيق
ويلزم ان نتنبه ايضا بالاكثرة لعدم وجود المواد المخضرة المعوية في باقي
القناة الهضمية من تحت الانسداد وان الجدران كانت قط مغطاة بمادة مخاطية
انقرزت منها وهذه الحالة تدل على ان المواد الخضراء التي تملأ في العادة المعاء
الغليظ في الاطفال المولودين انما هي يقينا كما قلنا مستنتج الهضم الجنيني الذي
اغذيته ومواده آتية ولا بد من مياه الامنيوس الذي ازدرده الطفل ومن نتائج
افراز الصفراء والباقر يابس والغشاء المخاطي كذا قال بليار

قال الطبيب صفار يصح ان تقسم احوال الانسداد التشوهي في القناة
المعوية التي ذكرها المؤلفون الى ثلاث رتب الاولى ان يكون في جلة اجزاء
من القناة تضاييق شديد الثانية ان تكون منقسمة الى جلة اجزاء باغشية باطنة
الثالثة ان تكون مقسومة الى جلة اجزاء منفصلة بالكليية عن بعضها وجميع
هذه العيوب مهما كان محلها ينبغي اعتبارها مهلكة فالطفل نهاية ما يعيش
بها يوما

وينبغي ان يعد من عيوب التكون في القناة المعوية المعلقات التي تشاهد فيها
وتكون في العادة موضوعة في طول المعاء الدقيق وينظر انما نتيجة
التصاقات حصلت في الابتداء للمعام الحوصلة السرية ويندر ان يحصل منها
في المولودين عوارض مخصوصة وليست موانع لاتمام الوظائف الهضمية
بقي علينا في هذا المبحث مطلبان

المطلب الاول

في انسداد الشرج

الطرف السفلي للقناة المعوية قد يوجد فيه انسداد تام ناشئ من عدم انقباض

الجلد في محاذ الشرج او من عدم وجود المستقيم كلا او بعضا للمستقيم ينتهي
حيث يئذ بجاذب غير نافذ فيكون على هيئة جيب ينتهي من الاسفل بهيئة انكماش
فينتج من ذلك تكرش اسندارى في اغشيته ولا يكون في الابتداء واسعا جدا
لكن لم يمكث قليلا حتى يتسع كلما تراكت المواد الثقلية في تجويفه حيث لا يمكن
استفراغها فاذا اعدم جزء من المستقيم انتهى ذلك المعاد بالتصاقه بالجزء المقدم
من العجز التصاقا متينا فاذا اعدم المستقيم كله انتهى طرف قولون قرب الزاوية
العجزية الفقرية بجاذب غير نافذ يلتصق عادة بالطرف العلوي للعجز ويأخذ
في التمدد شيئا فشيئا حتى يصير عظيما وعدم انقباض المستقيم او عدم وجوده
رأسا لا يستلزم دائما عدم انقباض الشرج لان هذه الفكرة قد توجد في اطفال
مستقيهم منسوبة بالكلية ودراسة الاعراض الحاصلة من عدم انقباض الشرج
ربما كانت هنا شديدة النفع لانها تخدم معناني معرفة العلامات الخاصة
بالمغص والعوارض الناتجة من انقطاع سير المواد المعوية في المولودين وهما هي
مشاهدة ذكرها بليار

الانسداد الخلقى للشرج * طفل عمره يوم واحد وبنيته قوية دخل بيت اللقطاء
في العاشر من جوليت ثم الى مساء الحادى عشر لم يخرج منه العقي مع ان
فوهة الشرج كانت بحسب الظاهر مفتوحة وصار بطنه منتفخا كثير
التألم والتنفس عمرا والاطراف باردة والنبض صغيرا والضياح مستدما
ثم في ذلك المساء بعد ان خرج منه مواد مخاطية مصفرة تقيأ العقي فوضع
في حمام مدة نصف ساعة فلم يحصل منه بذلك استفراغ مع انه يعلم من ظاهره
الجسم ان الفوهة الشرجية موجودة ويمكن ان يدخل في المستقيم بحس
يصل الى عمق نحو قيراط الا انه بعد ذلك يستشعر بمقاومة لا يمكن قهرها قال
بليار فادخلت في المستقيم حولة اى قبيلة من صابون وتركها نصف ساعة
فلم يفد ذلك في الاستفراغ شيئا فحيث غمست في عمق الجاذب الغير النافذ مشرطا
وجهت سنه مهديا على قناة بحس سائر على اتجاء المستقيم ثم التفت بمحده الى
الخلف وبظهره الى الامام ولما استشعرت بظهر المقاومة وازالتها تحققت بذلك

حصول الانتفاخ ثم اخرجت المشروط فأبث سنه ملوثاً بالعقي وسال بعض دم
وامرت للطفل نصف حقنة فلم يلبث السائل قليلاً حتى خرج جاذباً معه بعض
حبوب دموية ثم وضع الطفل من جديد في حمام فاثر لكن كل ذلك ولم يحصل له
تخفيف فضعف صياحه واخذ بطنه في شدة الانتفاخ شيئاً فشيئاً وصار تنفسه
عسيراً اخذنا قياث مائاً في وسط الليل ولما فتحت جنته وجد كل من الفم والمريء
سليماً والمعدة محتوية على العقي الذي اندفع الى اعلى متى دخل في تجويفها
والمعادنيق ممتدداً بالغاز والغليظ ممتدداً جديداً بالعقي ثخيناً وابتدأ الاتساع من
الاعور واما المستقيم فينتهي بجاذب غير نافذ مكرش الطرف وهو ملتصق بعنق
المثانة ولم ينزل الى الفوهة الشرجية الجلدية ووجد الشق الذي فعل في الجاذب
بالمشروط ملوثاً ومنسداً بقطع دموية متجمدة صلبة يظهر انها ناتجة من نزيف
حصل من الشرايين الباسورية وبقية اجزاء البطن سليمة والرئتان محتقتن
طرفهما الخلقي والفوهات الجنينية خالصة والجصمة محتقنة بالدم ويقرب
للعقل ان الدم الاآتي من حوافي الشق المفعول في المستقيم سد هذه الفتحة
الصناعية حالاً فعارض استفراغ المواد المعوية ~~وكان~~ يمكن قهر هذا المانع
بان يدخل من جديد انبوبة من مصغ مرن يحقن المستقيم منها بالماء القاتر
ليحل المواد المخوية فيه فيسهل خروجها قال بليار واطن انه يلزم المبادرة حسبما
امكن ففعل فتحة في الشرج لان تأخير ذلك ربما ضرر بنجاح العملية وذلك هو
ما فعل في مشاهدة اخرى فيها انسداد الشرج والتهاب المعدة والمعا

وحاصلها بالنفصيل ان طفلاً عمره يومان دخل المارستان في التاسع من شهر
مرس ولم يخرج منه العقي منذ ولد وكان بطنه منتفخاً جداً شديد التألم لانه كان
اذا لمس صاح الطفل وتقطب وجهه وكان يحس من خلف الجدار البطني بهيئة
تقوم قولون وكان يتقيأ مواد مخضرة وكان صياحه ضعيفاً وجلده بارداً
وحركاته تكاد ان تكون معدومة ودورة الدم فيه بطيئة جداً لشرجه غير
منقوب مع ان منظر الفوهة موجود في الجحمان قال بليار فتمست مشروطاً
بمحدد السن مع الاحتراز على الالتفات بظهوره نحو المثانة وبعد البطو سعت

الشنق من الامام الى الخلف فخرج حالا من الشرج مقدار عظيم من العقي وانخسف البطن لوقته وظهر ان الالم زال حالا لا تقطاع صياح الطفل باللمس وذهاب تقطب الوجه الدال على الالم ثم وضع نحو نصف ساعة في حمام من ماء الخيطمية ومع جميع هذه الاحتراسات لم ينقطع العقي وعرض الموت في المساء ولما فتحت جثته وجد احتقان ضعفي في البلعوم وصفاً شديدة الحمرة في الغشاء المخاطي المعدي والجرار عام مع انتفاخ في الغشاء الباطن للمعا الدقيق وفي الاجربة المخاطية العديدة في المعال الغليظ ودأ تركل من هذه الاجربة محاط بدائرة جراء والمستقيم امتد الى الجحان وما كان انسداد الاغشائية ووجد ايضا مقدار من العقي في المعال الغليظ وباقي القناة المعوية محتوية على مواد مخاطية مصفرة زقية ووجد كل من الجهاز الدوري والمخى سليما فن الواضح انه لو لم يكن مع هذا المطفل الانتهاب المعوي لشنق ولم يبق معه شيء من هذا التشوه بهذه العملية البسيطة التي فعلت له

وفي بعض الاحيان لا يكون الانسداد في المستقيم كما في الحالة المذكورة بل يكون عدم انتفايه ناشئاً من التصاقه بالاجزاء المجاورة له وسيما المثانة كما شوهد ذلك وشوهد ايضا في المولودين ان المستقيم قد ينفخ في المهبل او في المثانة وهذه الزوائد العضوية ربما كانت اقل خطراً واقل اهلاكا من الانسداد التام للشرج وان كانت ثقيلة مثله لكونها تجعل الشخص في تشوه مقرف

وحاصل ما يؤخذ من تلك المشاهدات من الاعراض وعلاجهما اللازم انه لا ينبغي ان اول ما يلزم الطبيب عند ولادة الطفل بعسر ربط الحبل السري ان يفتش في جميع جسمه لينظر ما يكون فيه مخالفا للعادة وسيما القوهرات التي جعلها الله مفتوحة في الظاهر خصوصاً قوهر الشرج ويجرى البول وذلك حذراً من عروض الاعراض الثقيلة الحاصلة من انسدادهما فاذا لم يعلم من ذلك البش عيب التكون المصاب به المطفل ظهرت حالاً ظاهرة مرضية فوقف اتباع الطبيب ويعلم منها ان الشرج غير منقوب وبعد عشر ساعات

او خمس عشرة او عشرين اذا لم يخرج منه العقي يضطرب ويصبح صياحاً موحجاً
ويفعل حركات عنيفة واندفاعات وفي مدة ذلك ينقطع التنفس ويحمر الوجه
ويتوتر البطن ويكون ذلك اولاً وقنياً ومتقطعاً باوقات تختلف في الطول
ثم تصير تلك العوارض مستدامة او تتقارب مددها بسبب المغص المتضاعف
فيه وتكسب شدة وتعرض حركات الحجاب الحاجز بكدار البطن ايضاً فتحصل
فيهما انقباضات اندفاعية قوية فاذا لم يفتح الانسداد بالصناعة اخذ البطن
في شدة التوتر وخصوصاً من الاسفل ويحس فيه مع ذلك بحرارة وتيبس وكذا
بالثألم عند الضغط عليه لزيادة صياح الطفل من ذلك ثم يتقايأ الطفل السائلات
التي يتعاطاها ثم السائلات المخاطية والصفراوية ثم مواد شبيهة بالعقي نفسه
وتبقى تلك الحالة حتى يعرض الموت الذي لا بد منه ويختلف زمن عروضة
من ثلاثة ايام او اربعة الى سبعة او ثمانية على حسب قوة الطفل ومقاومته
للاعراض وسرعة تقدمات الالتهابات المعوية البريتونية التي لا بد منها
فتي مضت الاربع والعشرون ساعة من ولادة الطفل ولم يخرج العقي وظهر
بعض من تلك الاعراض التي ذكرناها لزم البحث مع غاية الانتباه في الشرح
والجزء السفلي من المعافاة كانت فوهة الشرج جيدة التكون وانما كانت
مفسدة بغللة غشائية وجدت تلك الغللة مندفعة الى الاسفل بالمواد التي شأنها
ان تخرج منها فيحصل فيها بروز نسهل معرقته ويريد ويتوتر كلما تجددت
الافعال الاندفاعية فحينئذ يعمل في ذلك البروز الذي هو الحاجر الغبير
الاعتيادي شق صليبي بشرط مستقيم يمسك بقلم الكتابة فذلك يكفي لازالة
المانع وخروج العقي وقطع العوارض ثم يوضع في محل الشق شريط من قفيلين
مدهون بمرهم بسيط ويبقى فيه مدة اربع وعشرين ساعة حذرًا من انضمام
الاهداد الذي قد لا يحصل وقد لا يمكن منعه ثم بعد تلك المدة لا يخاف حصوله
لما ان خروج المواد يمنع ذلك الانضمام فيكون ادخال الاجسام الغريبة غير نافع
فتنكش الاهداب على قاعدتها ويلتحم كل هذب منها على حدة وينتهي الحال
بذهابها بالكلية بان تختلط بمحافة الشرج فاذا كانت فتحة الشرج ضيقة

جدوا وسعت بشقها بالمشروط المهدى على مجس قنوى ويلزم في هذه الحالة الحذر
من شق جميع العضلة العاصرة فان سبتيير رأى في مثل تلك الحالة خروج
المواد دائما بدون اختيار في طفلة مات بعد العملية ببعض اشهر فاذا كان الشرج
منسدا انسدادا متينا وان كان موجودا ايضا وكان جزء المستقيم المحصور بين
العضلتين العاصرتين منضجا او منسدا بسدادة شحمية دهنية وخاليا
من التجويف كانت هذه الحالة عظيمة الثقل مع كونها ايضا خارجة عن وسائل
الصناعة فاذا استشعر مدة حصول الحركات العنيفة للطفل بمجيء العقب
في القسم الشرجي بحيث تكون منه في عمق ما ورم متوتر مستدير لزمن النفوذ
في مركز ذلك الورم بالآلة قاطعة لتقطع بها التنيات التي تدل على المحل الذي يلزم
ان تكون الفتحة فيه وتصلب الشقوق وهذه الآلة مشروط صفيحته ضيقة
مستطيلة فاذا كان العمق عظيماء علمت تلك العملية ببالزة ومن المهم فعلها
في اللحظة التي تظهر فيها الحركات العنيفة الاندفاعية من الطفل لان الحاجر
المسدود المرتفع يكون حينئذ مدفوعا الى الاسفل فيقرب للشرج ويصير اوسع
واكثر تورا فتكون منفعة ذلك قصر المسافة التي تجتازها الآلة حتى تصل
الى المانع وسهولة الوصول ومن المهم ايضا اتباع المسير المعروف للمعا على
طول تقوسه وان لا تغمس الآلة زيادة عن اصبعين ونصف الى ثلاثة اصابع
ويلزم ان تكون ابوبة الببالزة قنوية في طولها المهدى عليها مشروط ويصح
ايضا ان يوجه بدلها مشروط ضيق الحد كما فعل الطبيب ببيت وحصل منها
نجاح بحيث عاش الطفل شهرين بعد العملية وبعد هذه العملية لا يكتفى
بادخال الشريط مدة كما في الحالة السابقة وانما يداوم على استعماله الى تمام
التحام الاجزاء حذر من التضايق الذي هو قريب الحصول

وهناك احوال يوجد فيها الجزء الشرجي من المستقيم ويستطيل الى الاعلى
كثيرا او قليلا وينتهي بحاجر غير نافذ بدون ان يكون له اتصال ببقية المعا
فلا يكون ارتباطه بها الا بشبه حبل ليني صلب يختلف طوله ويختلط اغشيته
المتضايقة بالعضو وفي هذه الحالة الثقيلة اذا ظهرت العوارض التي ذكرناها

واخذت في الازدياد بدون اقطاع لم يلزم الاقتصار على البحث الظاهر في الشرح
 وادخال حقن صغيرة حيث لا يمكن مكثها وانما يلزم البحث في المعايير اصبغ تدخل
 في تجويفه او يجس من مجسات مجرى البول المصغرة المرنة فاذا استشعر
 في طرف الاصبع بالورم المتكون من العقي المسوك في الجزء العلوى من العضو
 واحس به بارزا كان المناسب ان يهدى على الاصبع بازلة طولها كاف
 للحاجة وتدخل في التجويف المسوك فيه المواد وقناة تلك الآلة تدلنا
 على الاستفراغ فتترك تلك القناة في محلها مدة ايام لتبقى تلك القفحة موجودة
 دائما فاذا اخرجت ابدلت حالاً بقبيلة من تفيدك يدوم على استعمالها ويزاد
 في حجمها تدريجاً حتى يتم التحام الاجزاء فاذا لم يكن بين جزئى المعال الاجزاء
 رقيق غشائى سهل فعل هذا الشق بسن المشروط اما في غير ذلك فان العمليات
 التى من هذا النوع تستدعى غاية المهارة واللاطف ونجاحها نادر سهولة
 انعدام الطرف العلوى للمعاود دخوله في تجويف البريتون ولعسر تأكيده
 اطلاق الممر المفعول للمواد الثقيلة

فاذا انفتح المستقيم الزائغ عن الاتجاه الاعتيادى في المثانة او مجرى البول
 في الاطفال الذكور او في المهبل في الاطفال الاناث كان من النادر معيشة
 الطفل زمناً طويلاً بهذه الهيئة ومع ذلك هناك امثلة استدامت فيها سهولة
 الاستفراغ الثقلى من هذه الطرق الغير الاعتيادية زمناً طويلاً تقدم فيه سن
 الطفل وفي احوال اخر لم تكف هذه القوه العارضية لخروجها فالتزموا بفعل
 شرح صناعى في الخاصرة لكنه لم ينصح

والتضاييق الزائد الخلقى في الشرج كالجزء السفلى من المعنا ايضا ينبغي علاجه
 بسنق يفعل بمشروط ذى زربته الجراح به لمحو العصعص وان فعله كثير من
 الجراحين بدون نجاح فاذا وجد الشرج الضيق مع قفحة المستقيم في الاجزاء
 الجساوره وصارت المواد الثقيلة تخرج من كلتا القوهتين كان المناسب توسيع
 القفحة الطبيعية تدريجاً بانساعها ينال انسداد القفحة الاخرى وطرق ذلك
 تعلم من مباحث الناصور في علم الجراحة

فإذا عدم المستقيم بالكلية بان لم يحس بتوج اصل من العجان ولم يوجد اثر للشرح
 رأسا زعم احداث شرح صناعي في الخثرة اى في القسم الاربى اوفى خاصرة
 الجانب الايسر وسند ذكر هذه العملية بعد ان ذكر الشرح الغير الاعتيادى
 الخلقى

المطلب الثانى

في الشرح الغير الطبيعى الخلقى

اسباب هذا العيب الخلقى محققة عن تأملاتنا ومربطة بقواعد غير جيدة
 المعرفة لنا تراءس على النمو المنتظم لاعضاءنا فلا يمكن تعيينها اصلا ومع ذلك
 يصح ان نقول ان ذلك ناشئ من وقوف نمو عرض في تركيب الجزء السفلى من
 القناة الهضمية في وقت سابق من الحياة الجنينية اذ من المعلوم ان قولون
 والمستقيم لا يستطيعان الاندريجما ولا يصلان الى المحل الذى يلزم ان تخرج منه
 موادهما المحوية فيهما اى قنحة الشرح الانبواب متتابعة فتبقى تلك القنحة
 مدة طويلة مسدودة بصفيحة غشائية سميكة متكاثفة ففى ذلك العمل قد يقف
 المستقيم فى علو يختلف طوله او يزوغ عن اتجاهه فيفتح فى محل غير محله
 الاعتيادى فاما ان يترتب على ذلك عدم نام للشرح او وجود شرح موضوع
 فى غير موضعه فاذن لانعرف سبب هذه الحالة التى لم تصل فيها نهاية القناة
 المعوية الى الشرح حتى تنتهى فيه وانما انفتحت فى محل من الدائرة الخارجة
 للبطن حتى زاع المستقيم عن اتجاهه الاعتيادى تقسم دائما بعض الاعضاء
 او القنوات القريبة له كالمهبل او مجرى البول او المثانة والظاهر ان هذه
 الاجزاء تكون فى الازمنة الاول من وجود الجنين مختلطة ببعضها ووصولها
 لبعضها ناشئ حينئذ من عدم كمال تركيب الحواجز التى تكون بينها فيما بعد
 فتارة لا يوجد الشرح الطبيعى ويستفرغ النفل كله من الطريق الجديد الذى
 تجهز لذلك وتارة يظهر ان المستقيم منقبض فهو غير اعتيادية بها حصل
 اتصال بينه وبين عضوم الاعضاء الملاصقة له فلا يكون الاتصال بينها
 الاعلى هيئة ناصور يختلف اتساعه ويشترط مع القووه الطبيعية فى استفراغ

المواد الثقيلة

والهيئة التشرىحية للأجزاء التي تكون منها الشرج الغير الطبيعي الخلقى تختلف كثيرا فاذا افتتح المستقيم كله في المثانة والمجرى والمهبل يشاهد انه ينحني تدريجيا نحو هذه القنوات ويلتصق بها ويختلط معها بحيث لا يبقى اسفل محل نهايته الامنسوج خلوى متراكم او شبه حبل ليفي مثبت من الاسفل في الجلد ثم احيانا يدل على محل الشرج الطبيعي الذي يلزم ان يشغله الخفاص يختلف عمقه في ثنيات متشعبة وفيه اصول العضلات العاصرة وحيث لا يشاهد شيء من ذلك اصلا وبطول الخط الفاصل للاليتين بدون انقطاع بين التغذين حتى يصل الى الصنف او الفرج اما من الاعلى فالبريتون ينثنى من المستقيم على العضو الذي افتتح فيه وينتهي الحاجز المزدوج الفاصل بينهما بهما مستدير رقيق حافظه السائبة منحنية على شكل هلال والالتصاق الحاصل بين طرف هذا المهماز وعن النية البريتونية يختلف في الارتفاع بحيث لا يمكن غالبا تعيينه من قبل

اما اذا لم يفتح المستقيم في الاعضاء والقنوات المجاورة له الا فتحة جزئية فانه يحصل في سطحه الخلفي فقط التصاق اقوى شدة من العادة توجد في مركزه فتحة الناصور واما من الاعلى فيوجد ايضا المهماز والحاجز المزدوج الحدودان بنية البريتون التي ذكرناها واما من الاسفل فالقناتان تكونان كالعادة والطرف العلوى للمعاني الموضوعه اجزاءه اعلى عن تفرق الاتصال يكون واسع الاقطار واما السفلى فيكون اضيق كلما امتد الناصور لاعظم جزء من دائرة جدران المعافى وجب ذلك يعطى منفذا مقدار عظيم من المواد الثقيلة فاذا كانت الفتحة الناصورية صغيرة جدا كان الطرف الشرجى للمستقيم حافظا تقريرا لجميع قطره اما اذا كانت محتوية على نصف محيط القنات او ثلثها او ثلاثة ارباعها فانها تتحول من الاسفل الى ابعاد ضيقة حتى تزول اقطارها بالكلية اذا خلعت عن المواد التي تكون فيها عادة وجدار المعافى المقابل للناصر لا تتكون فيه نية محسوسة فالمستقيم لاجل

تفهمه بالمشانة او المجرى في الذكور او المهبل في الاناث يكاد ان لا يحتاج لان يغير اتجاهه ولا يوجد في اغشيته من الخلف المهماز البارز الذي يوجد دائما في الشرج الغير الطبيعي العارضى الموضوع في الدائرة الخارجة للبطن

وفي معظم احوال الشرج الغير الطبيعي الخلقى التام يتكون منفذ للعنى وثقل الاغذية في الاجزاء الاكلية حتى يتم وظائف اخر فلذا كان دائما عسرا غير تام وحياة الشخص لم تلبث قليلا حتى تهلك ويظهر اولاحالامغص وغثيان وفواق وقيء وبقيّة العوارض التي يسببها احتباس المواد الثقلية بل لو اتسعت الخارج بين الطريق الغير الاعتيادى والطريق الاعتيادى او خرج باطلاق من المهبل او المجرى لم تظهر اصلا علامات اختناق باطنى الا ان الموت كثيرا ما يحصل من الفعل المهيح الحاصل من المواد الثقلية في الغشاء المخاطى التناسلى البولى وكذا في جلد الفخذين والعجان والاجزاء القريبة لذلك حيث تنتشر دائما عليها لاستدامتها ووزولها بدون اختيار

وانذار مثل هذا التشوه المقرف ثقيل جدا ومعهظم المصابين به لا يتحملون تأثيره المحزن زمنا طويلا ومع ذلك فالصناعة قد تعارضه في بعض الاحوال بوسائط قوية فاذا لم يمر من هذا الشرج الخلقى الغير الاعتيادى الاجزاء من المواد الثقلية كانت الوسائط المناسبة هي توسيع الفوهة الاعتيادية بالة قاطعة وادخال شريط مختلف الحجم في المستقيم حتى يصل للناسور والضغط مباشرة على فوهة الناسور اذا كان منفصلا في المهبل او في المجرى لكن لا يمكن استدامة ذلك لئلا ينال منه الشفاء الا اذا جاوزت الاطفال الصغار زمن الطفولية الاولى بحيث يكون عندهم تمييز عندهم من فعل الحركات الغير اللازمة او المؤذية ويعينهم على تحمل التعب الذى يحصل لهم من تلك الوسائط

فاذا كان الشرج الخلقى الغير الاعتيادى تاما والفوهة السفلى للمستقيم معدومة بالكلية او منسدة جازا حياتا ناهيات طرق طبيعية غير ذلك لخروج المواد الثقلية فقد ذكر وجليبر مشاهدة طفل لم يوجد فيه اثر للشرج

الاعتيادي وصار يخرج منه مع البول مادة مخضرة شبيهة بالعقي فعمل شق عميق في الجزء الخلفي من العجان امام العصعص فلم يند ذلك فالتزم الجراح ان يعالج الجرح بدون ان يعطى منفذ المواد النفلية ففي اليوم التالي رفع الجهاز فشاهد المعامتور ان عرق تفرق الاتصال فاخذ مبضعا ونغمسه في تجويفه فخرجت المادة النفلية تدريجيا من هذا الطريق ولم يلبث الناصور المستقيمي الثاني قليلا حتى انسد واتفق في حالة اخرى ذكرها اليسين ان المهبل كان يخرج منه بعض شيء من العقي وصار الطفل في سن عشرة ايام فريسة لجميع العوارض التي تحصل من انقطاع سير المواد النفلية ولم يتدأ الناصور المستقيمي المهبل في الظهور والتام الا بعد ذلك بزمن ما ولم يوجد مع ذلك الطفل الشق بين الاليتين فانفق ان جراحا اجتهد في كشف الشرج واخذ من الخلف العصعص مرشدا له ومن الامام المجمع الخلفي للفرج وعمل شقا في جلد العجان فظهر من بين حافتي الشق ورم متموج مكون من المعافعمل فيه فتحة نخرج منه حالا مقدار عظيم من الغاز والعقي وانسد الناصور المستقيمي الثاني تدريجيا ولم يمت ذلك الطفل الا بعد ثلاث سنين بمرض غريب عن الداء الاول الذي ولده

فاذا لم يمكن كشف الجزء السفلي من المستقيم من خلف العجان وكان في المهبل ناصورا لا يكفي لخروج المواد النفلية فالواسطة التي يلزم ان تفعل اولاهي توسيع الفتوة الغير الاعتيادية بالشرط او بالاشربة التي تدخل فيها ليخرج النفل منها بسهولة ثم فيما بعد يشتغل بارجاع الطرق الاعتيادية فاذا لم يوصل لذلك لزم حفظ الشرج الصناعي المهبل واما الاشخاص الذين مستقيمهم منفتح في المثانة بدون ان يتسرفهم كشف الجزء السفلي من المعاف من خلف العجان فليست واسطة الشفاء فيهم الا فعل شرج غير طبيعي في الخاصرة اليسرى وخطر هذه العملية ليس باقل من الداء نفسه وتعمل في تلك الحالة وفيما اذا كان المعاف منسد ولم تنفع جميع الوسائط فيشق جدار البطن نحو الخاصرة اليسرى ويجذب الى الخارج الجزء النازل من قولون ويفتح فيه شرج غير اعتيادي لتخرج منه المواد وتزول الاعراض المهلكة وتطول مدة حياة الطفل وقد عمل

هذه العملية **كثير** من الجراحين لاسباب كثيرة مختلفة وحصل منها احيانا
نجاح عظيم بحيث مارت المواد الثقلية تخرج من هذا الشرج وحيانا
انما كان نفعه اوقتيًا لكن تقدم المعارف الآن صير معظم احوالها النجاح
نهائية ان العسر فيها انما هو تحصيل التصاق المعا وتثبيتته في الجدران البطنية
فن الا لازم للنجاح ان يكون المعا الذي تعمل فيه القفحة موضوعا بالطبيعة
في محاذاة جزء من جدران البطن يراد اخراج المواد الثقلية منه وان يلتصق
بذلك الجزء التصاقا متينا وان يكون بحيث لا ينصب منه في التجويف البريتوني
ادنى شيء من المواد ويكون الاتصال بين تجويف المعا وظاهر الجسم حاصلًا
تماما وقد ثبت بالتجربة ان ازالة جميع تلك الاحوال كلها عسرة وكان عمل هذه
العملية في الاحوال التي نحن بصدد ها تعمل ايضا في احوال اخر فقد تجاسر
بعضهم على عملها في بعض احوال من الاختناق الباطن في المعا الدقيق مع
ان اسباب هذا الاختناق كثيرة ويعسر تعيينها مدة الحياة وتحقيقها بخلاف ما
اذا كان المانع لخروج المواد تغير عضوى في تركيب المستقيم فانه يكون مشاهدا
محسوسا وعملت ايضا سنة ١٨١٤ عيسوية لشخص كبير معه ورم سد
المستقيم ومنع خروج المواد فعمل شق في القسم الحرقى الايسر طوله اربعة
قراريط وفتح البريتون فأنكشفت الياف قولون قُبت في حافتي الجرح بغرز قى
خياطة وبعد فتحه خرجت مواد **كثيرة** وغاز كثير بقوة وزالت العوارض
التي كانت موجودة وبعد العملية ثمانية عشر يوما رجع الشخص لاشغاله
وصار اذا احس بالاحتياج يحل الرباط ويقضى حاجته من هذا الشرج
ثم يغسل ويربط وهذه الحالة شجعت الجراحين على فعل هذا الشرج متى احتجج
اليه وفعل هذه العملية الطبيب دوريت مع النجاح في القسم الحرقى الايسر
قُبت قولون في حافتي الجرح بواسطة خيطين مشمين مارين خلفه ثم شقه
بالطول وفي اليوم السادس شوهدت **كقون** شرج صناعى عاش به الطفل
قال بليار ولم تنجح هذه العملية على يد طبيب يسمى اوفرار عملها لطفل
كان المستقيم معدوما منه وانتهى قولون معه بمحاجر غير نافذ في الطرف

العلوى للعجز

والجهاز اللازم يقوم من مشرط مستقيم ومشرط محدب ومقراض وجفت
رباط وخيوط مشععة وبرخيطة واسفنج ناعم وماء بارد واواني تؤخذ فيها
المواد التي تستفرغ والمريض يوضع على سريره وضعا مناسباً بحيث تكون
جدران بطنه مسترخية ويحفظ بمساعدتين والجراح يفعل شقاً في المحل الذي
يراه مناسباً من جلده البطن والخاصرة اليسرى او على طول القسم الخرفي
المحاذي لذلك اذا كان المراد من فعل العملية الانسداد الخلقى او المرضى
للمستقيم فيشق العضلات كلها بشق واحد في اتجاه واحد لكن بلطف شيئاً فشيئاً
حتى يدخل في العمق ويربط كلفاً فتح من العروق حالا وينظف الجرح اولاً فاولاً
بالاسفنج ليعرف ما يقطعه من تلك الاجزاء فاذا انكشف البريتون كان المناسب
ان يفعل فيه بالمشرط فتحة صغيرة يدخل فيها مجساً فتقوياً يهتدي عليه بالمشرط
الذي يوسع به الشق ثم يقتش على المعال الذي يريد ان يقتحه ويجذبه الى الخارج
بالاصبع ويحفظ مجاورته للجرح بواسطة خيط يمر في المسار بقا المنسوبة له
وينبت طرفاً هذا الخيط في الجلد القريب له بواسطة عصاة لزجة ويمكن بعد
بعض ساعات ان يشق المعال متى مضى زمن يتبدأ فيه التصاق المعال بالجرح
فاذا فتح وانطلق سير المواد الثغلية المتراكمة فيه يوضع عليه قتيك رخو ورقائد
ورباط بدن مشدود يسيراً ليسمح للسائلات بدوام السيولان بعد العملية
وتخرجها الى الخارج فهذا هو الجهاز الذي يعالج به الجرح

وذكر كالزان انه يوصل لقولون النازل بشق يفعل من الخلف في القسم القطنى
بين الشوكة الخرقية وحافة الضلع الاخير موازاً بالعانة الوحشية من العضلة
المربعة القطنية او يقال كما قال بليار عنه موازاً بالعانة العليا لهذه العضلة
وظن انه بهذه الكيفية يصل الى المعال الغليظ اعنى قولون بين صفحتي المسار بقا
المنسوبة له بدون ان يجرح البريتون لكون المعال في ذلك المحل كأنه خارج عن
تجويف البريتون فلا يخشى خطر انصباب المواد الثغلية في البطن فعلى رأيه
يلزم ان يكون الشرح الموضوع في هذا المحل اقل اتعاباً وتقلماً اذا كان

في القسم المقدم من الجذع ~~وال~~ يمكن هذه المنفعة الأخيرة لوجه لها ولا سيما في الأطفال مع ان موضع قولون مختلف وثبته البريتونية قليلة السمك بحيث لا يتأتى التفوذين ورقتهما بتأ كيدبدون فتح تجويف البطن مع ان هذا الجراح بتجربة علميته على جنث الموتى لم يمكنه الخذر من ذلك فلذلك بقيت تلك العملية بدون عمل ومثلها غيرها مما اشاروا به وبطول بنا الكلام اذا ذكرناه

ويكنى بعض ساعات في الغالب لظهور الالتهاب الملصق ~~وال~~ يمكن يلزم جملة ايام تمام الالتصاق وصلابته وفي اليوم التالي للعملية يصح ان يزال الخيط المار في المسار يقا الصيرورة غير نافع حينئذ والضغط الدائم الخفيف الذي تفعله جدران البطن والاحشاء المحفوظة بها يميل اندفاع هذه الاحشاء والمواد التي تحتوى هي عليها الى الخارج لافي تجويف البريتون والانتقاضات التوجعية المعوية تؤثر ايضا مثل هذا التأثير ومع ذلك فلاولى حفظ الشخص في مكوث تام ولا يؤمر له الا بالمشيروبات اللطيفة ويبعد عنه جميع ما يهيج ويفرق حواف الجرح عن بعضها واخطر الظواهرات وابعدها نجاحا للعملية عدم الالتصاق والتزق قبل تمامه

واما التشريح الجراحى لهذا الشرح الغير الطبيعى ففيه كلام طويل يطول بنا الكلام لو ذكرناه فلنحمله على الكتب الموقفة في ذلك

المبحث الثالث

في احتقان القناة المعوية

قد شوهد في حالة السلامة ان القنطرة المعوية في المولودين تكون في العادة محتقنة فيوجد فيها دائما منظر وردي وكثيرا ما يوجد في طولها عروق متفرعة كثيرة وذلك ناشئ كما هو واضح من سهولة فيضان الدم في العروق الغليظة المعوية وسببا الاوردة عندما يوجد مانع يعارض السير المطلق للدم في الفروع المختلفة للشجرة الدورية اى المنسوبة لدورة الدم وذلك الاحتقان الذي هو كثيرا اعتيادي غالبا في العروق المعوية من الاطفال الصغيرة يوجد فيه شبه

عظيم للاحتقان الذي يشاهد في الشيوخ لان الجهاز الدوري في هؤلاء
قد قوة فاعليته الحيوية وانتظام وظائفه بسبب التنوعات والتغيرات
العضوية العارضة في الفاعلات الرئيسة للدورة ونظير ذلك في الاطفال فان
هذا الجهاز فيهم الى الآن لم يكتسب هذا الانتظام والسبب فيهم عكس ما في
الشيوخ وذلك ان التنوعات العضوية اللازمة لانتمام وظائف القلب والرئتين
اتماما طبيعيا لم تحصل في هؤلاء الاطفال الى الآن لانه يلزم لها تقدم السن
ولكن مهما كان اختلاف هذا السبب تتماجه تماثله فبالتمثل هنا كما في غير
تلك الاحوال في تلك الاشياء المتقاربة التي تقوم من تسلسل اسباب ونتائج
يقوم منها مجموع ظاهرات الحياة تكشف لنا الحقائق الطبيعية فتساعدنا
على معرفة النتائج من قبل فلنجت كيف يمكن ان توجد هذه الاحتقانات
المعوية بدون ان تضر وظائف القناة الهضمية وبدون ان تستدعي منا
الانتباهات الصحية والعلاجية

فالاحتقانات الضعفية في القناة الهضمية قد تظهر بثلاث كيفيات مختلفة اما
اجتقان تفرعى او اجتقان شعري او احمرار منتشر في محل واحد او اكثر
من القناة الهضمية مع تصعد دموى على سطحها وبدون ذلك ولا تخفى الصفة
الضعفية لهذه الدرجات المختلفة من الاجتقان من كثرة فيضان الدم الوريدي
في الاوردة البطنية والكبد والقلب والرئتين فان هذا السائل فاض بهيئة
طفحان في الاوردة المعوية ومنها القروعهما الدقيقة جدا وهذه الحالة كثيرة
الحصول في المولودين وخصوصا الذين وقهوامدة طويلة في الممرات فولدوا
بمحالة قريبة للاسفكسيا اى الاختناق

والاجتقان التفرعى الذي يوجد في القناة المعوية لمعظم المولودين لا يسبب
انحراما في الوظائف فلا يعلم وجوده حال الحياة وانما يعلم بفتح القناة الهضمية
ويمكن ان لا يعرض ذلك الا وقت موت الطفل ويكون نتيجة بطئ سير الدم وقت
النزع واما الاجتقان الشعري والاحمرار الموضعي او العام الذي يوجد
في اجزاء مختلفة من القناة الهضمية في الاطفال المولودين او الذين تقدموا يسيرا

في السن

في السن فيكونان نتيجة احتقان ضعفي يحصل منه غالباً بجملة اعراض تؤخذ من تحليل بعض الحوادث الواقعية

قال بليار قد شاهدت مع غاية الانتباه خمسة وعشرين حالة من الاحتقان الضعفي في القناة المعوية بدون نزيف في اطفال ما توابعد الولادة ببعض ساعات او ببعض ايام ومنهم خمسة عشر وجدت فيهم جميع الصفات الظاهرة لحالة السكتة في المولودين جديدا ولم اجد شيئا من الاعراض المنسوبة للجهاز الهضمي وانما شاهدت فقط الاعراض التي تنتج من حالة احتقان الرئتين والقلب بحيث ان الاحتقان المعوي الذي كان نتيجة احتقان الجهاز التنفسي لم يتحقق الا بفتح الجثة ولكن هذه المشاهدات وان اتت فيهما بحسب الظاهر مشاهدات هذا الاحتقان الا انها تستحق غاية الاعتبار لانتاستخرج منها انه متى ولد طفل في حالة سكتية لزم ان يشارك الجهاز الهضمي اعضاء الدورة في هذا الاحتقان ويلزمنا ان نقاوم كلا منهما

واذا لم يحصل من الاحتقان الضعفي في القناة الهضمية في الايام الاول من الحياة اعراض قاطعة بسبب ان وظائف هذا الجهاز لم يتم حصولها الى الآن لم يكن الامر كذلك فيما بعد لان هذا الاحتقان الضعفي في الامعاء يصير حينئذ سببا قريبا لعوارض كثيرة تابعة يلزم معرفتها ومنها ما سيذكر على الاثر

النزيف المعوي * من النتائج الكثيرة الحصول لهذا الاحتقان العام في الامعاء الانزفة المعوية التي في الحالة التي نحن بصدددها تستحق ان تسمى بالانزفة الضعفية وتوضح هذه الحالة المرضية يؤخذ من تفصيل بعض المشاهدات من هذا النوع

قال بليار قد اجثنت خمس عشرة حالة من هذا النزيف الضعفي قمتاية اطفال منهم عمرهم من يوم الى ستة ايام واربعة من ستة الى ثمانية وثلاثة من عشرة الى ثمانية عشر يوما وستة من خمسة عشر كواذ كورا وتسعة اناثا واحوال معظم هذه الاطفال عظيمة الاعتبار بسبب الحالة المرضية لاجسامهم

واحتقانهم العام وبعضهم كانوا ضعافا متقعين الوجوه كالذين يشاهد فيهم ذلك
بعد نزيف غزير وجميعهم كانت اوعيتهم الغليظة البطنية والكبد والطحال
والرئتان والقلب محتقنة بالدم وتسعة منهم كانت الفتحات البطنية فيهم منسددة
او تقرب للانسداد وفي الباقي كانت منفحة وجميعهم كان في مخهم ونخاعهم
الفقرى احتقان شديد في الاغشية المخية واللبن المحي وجميعهم كانت قناتهم
المعوية محتوية على دم تختلف جهرته واسوداده متصاعدا بالتشاور في بعض
تلافيف او متراكما على هيئة حبوب او خلط دموية جامدة في اجزاء من
القناة الهضمية والصفات الرئيسة التي تتم وتميز هذه الانزفة تؤخذ من الاحوال
والمشاهدات التي نذكرها

ففيها مشاهدة فيها موجيت ونزيف معوي وهي ان طفلا اثني عمره احد عشر
يوما دخل المارستان في اليوم الثلاثين من جوين وكان الجسم متبلونا والقوة
متوسطة ومعه اسهال كثير لمادة خضراء وفي المشروبات وانتقاع في الوجه
احيانا والنض سر يع ضيق يضرب من ثنتين وتسعين الى خمس وتسعين وظهر
معه بعض قط من الموجيت على حواف اللسان (علاجه الشعير المصنغ وحمام
قدمي مخردل ولعوق صدرى) وفي اليوم الثالث من جوليت بقيت تلك
الاعراض وانما زاد عليها صيرورة التنفس عسرا جدا والنض اقل سرعة وغير
منتظم وضربات القلب واسعة صلبة والصباح كان احيانا اختناقا
وفي الرابع من الشهر انقذف من الشرج مواد دممة وحافة الشرج صارت حمراء
منفتحة والبطن فيه بعض تور والاطراف يابسة باردة وحركات التنفس شاقة
وصار معه هبوط عام وانتقاع في الوجه وضعف واختناق في الصباح بحيث
يكاد ان لا يسمع وصغر وبطن زائد في النض (علاجه الماء المحلى بالسكر
والمروحات الجافة واللبن الممزوج) وفي الرابع كانت حالته كذلك ومات في الخامس
ولما فتحت الجثة وجدت طبقة خفيفة من الموجيت على اللسان واحتقان قليل
الوضوح في المري واحتقان عام وشعري في جميع القناة المعوية ووجد المعاء
الدايق مغشى في جميع طوله بطبقة من دم عقيق في ابتداء اللقائني ثم يأخذ

في القتامة

في القتامة تدريجيا حتى يصير كدردي البديد في القسم الثاني الاعورى
 ووجد المستقيم وقولون محققين جدا ويحتويان على مقدار عظيم من دم
 اسود متجمد وكان السطح المعوى ملونا بهذا الدم والناقع في الماء مدة يوم ذهب
 منه تدريجيا هذا اللون الاحمر المسود وزال معظم احتقان الاوعية ووجد
 الاجوفان والاوردة الكبديّة والرئوية مملوءة بدم اسود سائل والرئتان
 محققين جدا من حاقتهما الخلفية ويقرفعان قليلا من حاقتهما المقدمة والقلب
 ممتلئا بالدم والقوّهات الجنينية منسدة نصف انسداد والمخ كثير اللين
 والاحتقان فهذا الطفل لاشك انه مات بالتريف المعوى الذى كثر جدا يبطئ
 وحصات منه العوارض التى لم تزل اخذة في الزيادة حتى وصلته للموت فلو
 استطاعت مدة التريف وكان الدم بدل ان يسيل كما خرج بقى في القناسة المعوية
 زمنا يختلف طوله اكسب لونا مسودا وكان يوجد في الاستفرغات الطفلية
 مشابهة عظيمة بالتي المسود الذى يحصل احبانا للمولودين كما ذكرنا ذلك
 سابقا

ومنهم ما مشاهد طفل انثى عمره ثمانية عشر يوما دخل المارستان في اليوم التاسع
 من مرس وكان صغير البنية نحيفا في ابتداء هزال وبطنه متورف وحواف
 لسانه بعض احمرار ونفله مخضر (فهو بلج بضجاد على البطن وباللين المزوج)
 ومن التاسع الى الثالث عشر عرض له حسن حال وفي الثالث عشر ظهر
 الموجيت بشدة جديدة بعد زواله وامتد على معظم اللسان وفي الثامن عشر
 خرج في مواد الثفل مواد مسودة كثيرة جدا وصار الطفل في غاية الضعف
 ونفضه بطئ صغير جدا وصياحه يكاد ان لا يسمع ومات في التاسع عشر وعند
 فتح جثته شوهد انتعاع عام من الظاهر وطبقة من الموجيت على اللسان
 ومواد غروية مسودة في المعدة حيث يوجد فيها ايضا عدد كثير من اجربة
 مخاطية غير ملتهبة ووجد الغشاء المخاطي المعوى للمعالدقيق عديم اللون
 العام وعلى سطحه مادة مخاطية ملتهمة مخططة بخطوط من دم ومقدار عظيم
 من مواد مسخرة مشابهة للمواد التي تخرج من الطفل والمعال الغليظ كانت حالته

كذلك والكبد فيه احتقان قليل والاعوية الغليظة البطنية ممتدة بدم اسود
سائل والرئتان مسترخيتان وقرعتهما قليلا والقلب خال وفي حالة استرخاء
زائد والقحطات الجنينية منسدة والمخ سليم ولا حاجة لان تذكر امثلة غير ذلك
لهذا النزيف الضعفي الذي يهلك كثيرا من الاطفال

واول ما يذكر في علاج هذه الانزفة الضعفية هو ان يقاوم احتقان الجهاز
الدوري مع احتقان القناة المعوية ويسهل الوصول لذلك بوضع علقه او ثنتين
على الشرج ومن الجيد ان يستعمل الطفل مشروباً بارداً محضاً قليلاً بشرب
السفرجل او بعض نقط من الحمض التريك او ماء رايل ولا تبالغ في ان توصي
القوايل الذين ولد على ايديهم اطفال صاروا بطول مدة الولادة في حالة قريبة
للوقوع في الاسبكسيا اي الاختناق ان يتركوا بعض كمية من الدم تسيل من
الحبل السري قبل ربطه اذ لا تخفى الاخطار والعوارض التي تعرض للاطفال
من زيادة وفور الدم فكم تكون الاحتقانات والانزفة المعوية مهلكة
بنفسها كذلك يزيد خطرهما بما يصحبهما من تعويق او انقطاع لوظائف اعضاء
الدورة التي هي عظمة الاهتمام

ثم ان هذه المشاهدات التي ذكرها بلباس والتأملات المصاحبة لها ربما ظن
منها ان النزيف المعوي في المولودين جديد اقتبال او يقرب لان يكون قتيلاً
لكن هناك حوادث واقعية للأطباء ظهرت عن قريب تنوع هذا الرأي
فان في بعضها كان مع الطفل في تبرز دموي ثم في اليوم الرابع عشر لم يبق اثر
لهذا النزيف المعوي في المواد القليلة والاصفرار الذي كان الطفل ساقطاً فيه
من فقد الدم ذهب تدريجاً من تأثير الاغذية التي زيد فيها شيئاً فشيئاً وفي حالة
اخرى كان فيها النزيف معوياً فقط وحصل الشفاء في اليوم التاسع وان بقي مع
الطفل حالة سوء البنية حتى مات باستسقاء مخي في الشهر السابع وام هذا الطفل
ولدت آخر حصل له ايضا بعد بعض ايام من ولادته نزيف معوي متكرر لم يعلم
سببه وفي اليوم الخامس انقطع للثقل الدموي منه ودخل في النفاثة حتى
شفي بالكلية

المقالة الثانية

في امراض القناة المعوية التي تظهر بعد الولادة

قد ذكرنا في اقسام امراض المعدة التي تقوم من تكدر في وظائفها بدون التهاب والتي تقوم من الالتهاب مع تكدر في الوظائف اوبدونه وتعمل مثل ذلك بالنظر لامراض القناة المعوية فنبتدأ بدراسة الاسباب والطبيعة للاسهال الغير المصاحب للتهاب معوى كما فعلنا في التي وسوء الهضم المعدي بدون التهاب معدي ففي هذه المقالة جملة مباحث

المبحث الاول

في سوء الهضم المعوى

قد يرى كثيرا من الاطفال الرضع اسهال بدون التهاب معوى فينتفعون ويذبلون ويستقون في النحول بدون ان يوجد في جثثهم بعد الموت اثر لالتهاب الامعاء وهؤلاء الاطفال يموتون يقينا من عدم التغذية ولك ان تقول من الجوع فلا تهضم معدتهم ولا امعاؤهم اللبن الذي يرتضونه او يسقونه ولنبحث اولا عن العلامات الظاهرة لهذا الداء اعني سوء الهضم المعوى ثم نبحث عن سببه

فهذه العلامات هي النحول التدريجي وانتفاع الوجه والجوع الدائم للطفل بحيث يمسك الحلمة التي تعطى له بشراهة غريزية والاسهال الذي تكون موارده في العادة مخاطية بيضاء واحيانا سائلة بحيث تبل فراشه وتلوئه كالسائل الذي يسيل من المهبل في اللقور يا وتختلط تلك المواد المخاطية في الغالب بقطع متجمدة من اللبن الذي مر في القناة المعوية بدون ان يتغير ثم بعد من ما يموت الطفل لكن بعد ان يصل الى آخر درجة من النحول فاذا فحمت القناة المعوية وجد الغشاء المخاطي عديم اللون في جميع سعته بل قد يوجد لنا لكن يكون حينئذ كبد تغيرا في المنسوج سندكر طبيعته في محل آخر واحيانا توجد القناة المعوية ملتببة او منقرحة او فاسدة في سعة منها غير ان اللبن الابيض هو الافة التي توجد غالبا في الاطفال الذين ماتوا بالداء الذي نحن

بصدده قال المؤلف قد شاهدت في سنة ١٨٢٦ خمس عشرة حالة من
الاسهال المزمن بدون التهاب في اطفال كان سنهم الى موتهم من خمسة
عشر يوما الى شهرين ففي ثمانية منهم لم اجد اترافة قط وانما كان فقد عام للون
الجلد والقناة المعوية وجميع الاعضاء كانت خالية من الدم وهؤلاء الاطفال
لم يقطع عنهم مدة حياتهم التي وبطون معظمهم بل كلهم كانت منتفخة ووجد
في قناتهم المعوية غاز كثير ومواد سائلة بيضاء رغوية وفي اثنين منهم
كان قولون محتويا على ندف محضرة شبيهة في اللون والقوام بالعقي وفي الخمسة
الباقية وجدت آفات مختلفة في الرتين او المخ واما القناة المعوية والحالة العامة
للاطفال فكان في ما الصفات التي ذكرناها

وقد لون الغشاء المخاطي هو في معظم الاحوال الدرجة الاولى لهذا اللين الذي
لا ينبغي اشتباهه باللين الذي يحدثه الالتهاب وسنتكلم عليه فيما يأتي ولننبه ايضا
على ان القناة المعوية قد لا يعدم اللون من جميع سعتها احيانا وانما يوجد فيها
مسافة فسافة خطوط او صفحات حجرية هي الاثار الاخيرة للتلون الاعتيادي
او الاحتقان الكثير الحصول في القناة المعوية للمولودين وسنرجع لذلك
في الكلام على اللين قال المؤلف وذلك التغيير في المنسوج هو على رأي ايضا
من تتابع عدم التغذية او الارضاع المعيب للمولودين لان العوارض التي تنتج
من تعب هذه الوظائف الهضمية لا تكون مقصورة دائما على مجرد حالة النحول
والهزال التي ذكرناها فقد تعرض ايضا آفات اخر سنتكلم عنها في محلها وانما
نكتفي هنا الآن بذكر الاحوال التي تتحول اليها وظائف القناة المعوية
بدون آفة النهاية او غيرها

والغالب على الظن ان سبب عدم التغذية ناشئ من طبيعة الاغذية او نقول
من كيفية الارضاع المعرض له الطفل وذلك لان الاطفال المقيمين بيوت اللقطاء
يباريس المسلمين للمراضع المقيمت هنالك منتفعة وانهم يخاف ضعاف ويموت
كثير منهم في هذا المحل بسبب عدم التغذية ومعظم الاعراض التي توجد فيهم
الى وقت الموت ناتجة من تكدر واضح يعرض لهم في الوظائف الهضمية اما الكون

الاعضاء القائمة بهذه الوظيفة صارت ملتزمة واما بوصولهم الى درجة الذبول وعدم التلون والنحول الذي ذكرناه فعلى مقتضى هذه الاصول القرينة للعقل يكون هذا الفساد ناشئا من رضاع هؤلاء الاطفال من نساء ولدن من زمن طويل ويغيرن الرضيع في صكل اسبوع مثلا فيعطين ائدائهن لاول طفل يحضر لهن بدون فرق ولا ينتبهن لتنظيم ساعات الارضاع ولا المقدار اللين المناسب للاطفال بحيث يكونون دائما في جوع لقله الغذاء الحاصل الذي يقبلونه وعظم المقدار الزائد من السائل الذي كثرت وصفته الرديئة يصيران ضرره مزدوجا

ثم ان هذا محل الابحاث العظيمة الاهتمام التي اعرضها الماهر الكيماوى ريان في تغذية المولودين وسطرت في الوقايع الكيماوية الطبية وعبارته كثيرا ما يحصل مدة الارضاع تكررات في مجموع الوظائف الهضمية يسبقها او يصحبها او يدقها تغير قهرى في التدبير الغذائى فهناك تشوشات تتعلق باختلاف صفات اللبن وقد يحصل مثل ذلك من افراط التغذية بحيث يظهر ان اللبن المناسب لطفل غذى منه زمنا ما قد يكون متلفا لا آخر مساو له في السن ولا يحصل نجاح من ابدال لبن المرأة بلبن معزاة وذلك هو ما اثبتته ريان بمقابله الصفات الطبيعية والتركيبية بجملة البان اثرت بكيفيات مختلفة في طفل واحد او بكيفية واحدة في اطفال مختلفة

(التجربة الاولى) لبن معزاة كانت سائبة في المراح مدة يوم وتغذت في الزريبة بغذاء جاف فكان لبنها ابيض معتال ليس له رائحة مخصوصة واضحة وكثافته في مقياس بوميه تساوى ثلاث درج وثلاثة ارباع درجة ونكتب هكذا ٣٧٥ ولم يغير صبغة عباد الشمس وقت حلبه فاخذ منه خمسون جراما وعولجت بالمعالجات الكيماوية التي يطول بنا شرحها لذكرناها هنا فكان ماخرج منها هو ما سيدكر

٤٢,٧٥	ماء وبعض آثار من الحمض الخلي
٢,٠٤	مادة دسمة وهي الزبد
٢,٢٦	جبن و آثار املاح غير قابلة للذوبان
٢,٩٣	سكر واملاح قابلة للذوبان وبعض آثار من مواد ازوتية
٤٩,٩٨	جميع ذلك

وذلك يساوى تقريبا ١٤,٥ من مادة جافة في كل مائة من اللبن المستعمل

(التجربة الثانية) لبن امرأة ولدت منذ سبعة اشهر وكانت جيدة الصحة قوية البنية ترضع من ردى واحد فعرضت كاللواتى بعدها لتدبير غذائى من انسب ما يكون للمرضعات على حسب رأى الاطباء

(الخواص الطبيعية للبن) ابيض معتم كثافته ٣,٥ من مقياس بوميه ولها عولج بالصبغة ظهر انه كثير القلوية وقاومت تلك القلوية جميع مدة التصعيد والتخيز (خواصه الكيماوية) اخذ من هذا اللبن خمسون جراما فحصل منها بالوزن المقادير الآتية

٤٣,٠٠	ماء
٢,٥٨	مادة دسمة
٠,٠٩	جبن و آثار املاح لا تذوب
٣,٨١	سكر واملاح تذوب و آثار مادة ازوتية
٤٩,٤٨	جميع ذلك

وذلك يساوى تقريبا ١٣ من الجواهر الجافة في كل مائة من اللبن المستعمل (التجربة الثالثة) لبن امرأة جيدة الصحة قوية ولدت منذ ثمانية عشر شهرا (الصفات الطبيعية للبن) ابيض معتم وكثافته في مقياس بوميه ٣,٦ وكان قلويا (الصفات الكيماوية) اخذ منه خمسون جراما فوجدت مركبة من

ماء	٤٢,٨٠
مادة دسمة	٢,٦٠
جبن وغيره	٠,١٢٥
سكر واملاح تذوب وغير ذلك	٣,٩٦٥
جميع ذلك	<u>٤٩,٤٩٠</u>

وذلك يساوى ١٣,٤ من المواد الجافة لمائة جزء من اللبن
(التجربة الرابعة) لبن امرأة جيدة الصحة ضخمة جسيمة أكثر من السابقات
وكانت ولدت منذ أربعة اشهر والنقل الخاص لهذا اللبن بمقياس يوميه
٣,٥٥ وصفاته كالتي في التجربة السابقة وخرج من خمسين جراما منه
مستحبات شبيهة في المقدار بما فيها وهى

ماء	٤٢,٩٠
مادة دسمة	٢,٥٩
جبن وغيره	٠,١٢
سكر وملح وغيره	٣,٩٣
جميع ذلك	<u>٤٩,٥٤</u>

وذلك يساوى ١٣,٨ من الجواهر الجاف لمائة من اللبن المستعمل
وفعلت ايضا تجارب في البان اخذت من الشهر الرابع الى العشرين فكانت
تسائجها كتدائج التجربة الثالثة والرابعة فقد شوهد من ذلك ان لبن المرأة
يختلف عن لبن المعزاة خصوصا بالذلوية الواضحة ويكون مقدار الجبن اقل
بالنصف تقريبا قال ريان فالظاهر لنا انه بالصفة الاولى يصير اسهل هضم
وبالصفة الثانية يصير اقل تغذية واما البان النساء في الاحوال السابقة
فلا تختلف في التركيب الا يسيرا ولبن التجربة الثانية يحتوى على مقدار من
البطن اقل من لبن غيرها واملعه اذ كان هذا اللبن يخرج حسب العادة في كل
مرتين التدى بمقدار اعظم من غيره بعشر مرات ونصف في الزمن الواحد
والاطفال الرضع لكل من النساء المذكورات اللواتى ابتدأن في تغذيتهم من

ظهور الباسنن كانوا اقربا في صحة جيدة

وهذه الاصول عظيمة الاهتمام ويزيد الاهتمامها اذا روعيت في اختيار التدبير
الغذائي للاطفال الرضع وقد اطال ريان هنا الكلام في رسالته والمقام يضيق
عن استيفائها ولنكتف من تحليل اعماله بما ذكرناه وانما تقتصر على ذكر
كلمات ذكرها في آخر الرسالة ونفسها طفل عمره سبعة اشهر ونصف مرت
باتظام وان كان من الواضح ضعفه وتألمه من ضعف تغذيته في الاشهر الاولى
من الرضاعة بسبب النقص الذي كان يعرض للبن كثير من المرضعات اللواتي
ارضعنه على التعاقب فبعد ان قهر على ترك المرزعة الاخيرة تغذى مدة عشرة
ايام بحلقة صناعية وكانت مواد الغذاء هي المغلي الخفيف للشعير المقشر مخلوطا
ذلك المغلي بعشر حجمه من لبن المعز وبتعاطاه في اربع مرات بالنهار ومرتين
بالليل وكان حلة ما يستعمل في الاربعة والعشر ين ساعة اقل من المن يتسير
(المن رطلان) فكان ما فيه تقريبا

من الجوهر الخاف من اللبن	١٤	جرام
ومن الخلاصة الجافة للشعير المقشر	١٦	
جميع ذلك	٣٠	

وفي هذا الزمن الذي كانت فيه صحة الطفل جيدة قنس له على مرزعة احسن من
المرضعات السابقات فاختره له باشارة طبيب ماهر مرزعة لبنها بحسب
الظاهر جيد الصفة وهي المرأة التي كانت موضوع التجربة الثانية فارضع
الطفل من هذا اللبن الذي كان كثيرا ومع ذلك ظهر كأنه في المرة الثالثة حصل له
بعد ان ترك الثدي خدر وبقي فيه مفتوحا ولم يتيسر ان ترجع له بشاشته
الاعتيادية ثم في المساء حصل له انزعاج في النوم فاشار الطبيب بان لا يعطى
له الثدي الامدة ثلاث دقائق ثم ان العوارض تجددت له مع شدة آخذة دائما
في الزيادة وحصل له التيء مرات كثيرة وحصل له عقب مرة منها غشي وانما
فسادرت بعمل التجربة السابقة ووزن مقدار اللبن الذي اخذه الطفل
في خمس مرات اوست مدة اربع وعشرين ساعة فعرفت ان الزيادة احد عشر

ديسي لبت (والديسي لبت عشر الليتر والليتر هو المن) فعينت مقدار الجوهر
 الخاف المحتوى عليه فرأيت ان هذا القدر يوجده فيه ١٦٠ جراما اعنى
 اكثر بخمس مرات مما يحتوى عليه لبن المعزة الممدود بماء الشعير المقشور
 مع ان خروج اللبن كان سهلا بحيث ان الطفل يستخرج في كل مرة هذا المقدار
 في اقل من دقيقتين فاخبرت الطبيب بهذه المشاهدات وبكثرة الدسامة التي
 وجدت في لبن هذه المرأة فمن ذلك حكم حال الجمع الارضاع واحمر من جديد باللبن
 المزوج ففي بعض ايام زالت الاعراض المغمة وجاء النوم والاستبشار
 والانشراح وازادت التغذية تدريجيا الى ثلث مقدار اللبن انتهى كلام ريان
 قال بليار وانما ذكرت هذا الامر الواقعي مع التفصيل الواضح لانه يفيدنا
 الاحتراست التي نلزمنا لاجل ارضاع الاطفال فاذا كان الرضيع ضعيفا
 مستق اللون ولم يهضم لبن مرضته كان لا بأس احيانا بتجربة التغذية من
 الحلمات الصناعية وتنظيم مقدار اللبن الذي يعطى له وتصلح صفاته بان يمزج
 بماء الشعير ومقشره فقد شاهدنا في بيت الملتقطين ان لبن المعز المزوج بماء
 الشعير هضمه جيدا الاطفال الذين يرفضون لبن مرضعاتهم ويميزون من عدم
 التغذية

ثم ان الارضاع الامي وان ادعى بعض المؤلفين انه من جملة قوانين الطبيعة التي
 يلزم المبادرة لاطاعتها الا ان ذلك لا ينبغي جعله من القوانين الكلية لان هناك
 احوالا مستثناة فظفر فيها لان تأمر الامهات بان يتركن ماوجب عليهن
 من ذلك اى ارضاع اولادهن ثم لا بد ان تراعى ايضا ان الحالة الاجتماعية
 للناس قد تتحوج لتلك اللوازم الطبيعية بحيث يكون من الشذوذ في بعض
 الاحوال قهر الام على ان ترضع لبنها طفلا ضعيفا وبمثل ذلك يقال فيما اشتهر
 من ان من القوانين الاعتيادية ان الطفل انما يعيش بلبن امه مدة الاشهر
 الاول من حياته فلذلك نكرر ونقول لا يمكن ان نجعل من القوانين الكلية
 الساتية ان الارضاع الامي هو المناسب الوحيد للاطفال الضعاف وانما يلزم
 ان نبصث عن احسن كيفيات التغذية المناسبة للجهاز الهضمي في كل طفل

ولذلك سنأمر من جديد في الحالة التي نحن بصددھا بإصناف مختلفة من
الاغذية ذكرناها سابقا في سوء الهضم المعدي

المبحث الثاني

في تغمد الامعاء اى تداخلها في بعضها

التغمد اى تداخل عروية معوية في جزء آخر من المعاي يحصل كثيرا لاطفال الرضع
قال المؤلف وربما حصل بدون ان تعرف له علامة تدل عليه لاني كثيرا ما رأيت
في جثث الاطفال مع انه في حياتهم لم يكن معهم امسالك ولم تظهر فيهم
الام بطنية ومع ذلك كثيرا ما يعرض من هذا التداخل المعوي خصوصا اذا
التهب الغشاء المخاطي لهذا الجزء المتداخل امسالك عسرو وتورعظيم في البطن
والام شديدة بل والموت فينشد يصح ان يعتبر هذا العارض من العواض
الثقيلة للطفولة الاولى فالامسالك الشديدة والانتفاخ التدريجي للبطن وتقاضي
المشروبات ثم المواد المعوية الثقيلة وبالاختصار مجموع العواض التي ذكرناها
عند الكلام على انسداد المستقيم توجد في التغمد اى التداخل المعوي
المضاعف بانقطاع تام لسير المواد المحوية في القناة الهضمية ثم ان هذا التغمد
يكون في الصائم واللفائف اكثر من بقية اجزاء المعاي ويحصل تارة من اسفل
الى اعلى وتارة من اعلى الى اسفل بدون فرق اعنى تارة يتقبض الجزء العلوي
ويصغر وينزل في الجزء السفلي تحته الذي صار في حالة استرخاء واتساع وتارة
يكون الجزء العلوي هو القلنسوة للسفلي فيقبله في تجويفه والاكثر وجود النوع
الاول وكانه ينتج بالطبيعة من الانقباضات التوجيهية الاعتيادية للمعا غير انهما
شديدة جدا ولا يندران يشاهد بجملة من كل من النوعين في شخص واحد
ولا يندران ايضا ان يشاهد جزء من المعاي متمدد يقبل من الاعلى الجزء من
القناة الذي من اعلاه ومن الاسفل الجزء الذي من اسفله بحيث يوجد هذان
النوعان من التغمد منضمين في محل واحد

وفي التغمد الحقيقي توجد في القناة المعوية هيئات جديدة مهم دراستها فاولا
ان الغشاء المخاطي من الجزء التاسع اى الحاوي لغيره يلامس نفسه من القاعدة

اي الثنية الخارجة من التغمد الى الطرف اى الجزء العميق من الجزء المحوى والطبقة المصلية من المعال كائنة بين الجزء الداخلى والجزء الحاوى تلامس ايضا قسمها من الفتحة الخارجة للثنية الى عمقها اعنى الى المحل الذى ينشئ فيه الجزء الباطن ليتصل بالجزء الخارج فينتج من ذلك ان التغمد يكون قد رسمك الجدران المعوية بثلاث مرات اعنى الجزء المركزى اى الداخلى والجزء الخارج اى الحاوى وجزء متوسط بينهما متصل بكل منهما فاذا فتح بالمشروط الجزء الخارج وجدنى تجويفه شبه حوية او حلبة او زائدة مخروطية مختلفة الطول خالصة من جميع الجهات يوجد فى سطحها غضون الصمامات الضامة ومفتوحة من طرفها لتمر منها المواد المعوية وهى شبيهة شهابا تاما بالورم المتكون من المعال الخارج من الشرج الغير الطبيعى

ثم اذا كان التغمد جديدا والبريتون سليما كان ذلك التغمد قابلا للانحلال والانبساط والزوال بالكلية اما اذا طال مدته وسميا اذا تهيج البريتون الداخلى فى تركيبه والتهب فلا يمكن تحلله فالغشاء المصلى المحصور فى الثنية يغطى بتعدد ملصق يزيد فى متانة التصاقه بسرعة فالهيئة الغير الاعتيادية التى كانت برهية تصير دائمة فبما ننظر لثباته ينبغى ان يميز التغمد من اعلى الى اسفل عن الذى من اسفل الى اعلى فاذا كان الطرف العلوى من المعال دخلا فى الجزء السفلى حتى ولو تبين التغمد وصار غير قابل للزوال لم ينتج من ذلك الاتعوق بسير فى سير المواد المعوية او لم ينتج شئ اصلا فبسيرها من الاعلى الى الاسفل على حسب سيرها الاعتيادى تقابل يقينا فى محل التغمد محلا اضيق من باقى القناة غير ان هذا المحل قابل للتعدد والاتساع ومع ذلك يتركها تمر منه فاذا وصلت الى الطرف الباطن للثنية سقطت فى جزءا كثر اتساعا فتعقد منه وتروم على سيرها فيمكن ان يبقى هذا النوع من التغمد بدون خطر عظيم والجزاء الملتصقة المتكون منها تختلط ببعضها شيئا فشيئا وتوسع بحيث يكاد ان لا يدرك التغمد بعد ذلك

اما اذا كان الجزء العلوى المتعدد من المعال هو القلنسوة المغطية اى الحاوى للجزء

السفلى فان الامر يكون بالعكس فالمواد المعوية في هذه الحالة تتجه من اسفل الى اعلى آتية من المعدة الى الجزء المريض فتقف في قاعدة الحلة اى الخروط البارز المكون من الجزء الداخلى او المتغمد ويوجد في قمة ذلك الخروط الخالص من جميع جهته فتحة لا تدخل فيها المواد بسبب ولة فينتج من ذلك انها تترك حول قاعدته وتثقل عليه وتدفعه وتضغط عليه فاذا كان التغمد خالصا اى غير ملتصق او قليل المتانة والاتصاق جازان تقهره هذه الحركات العنيفة وتخلله فان كان الامر بالعكس ظهرت تدريجيا اعراض الاختناق المعوى اى انقطاع سير المواد الثقيلة ويخشى على حياة الشخص ومع ذلك شوهدت احوال من هذه الهيئة الثقيلة خلص منها المريض كعروض غغريشا في الجزء الباطن للتغمد الذى استندت عليه كتلة المواد المتراكمة في الطرف العلوى وحصل التصاق في القاعدة الخارجية لثنية التغمد به حصل اتصال القناة واما الجزء الباطن اى التمجج المنفصل من جميع دائرته فانجذب نحو الشرج واندفع مع النفل وقد شوهد حصول تلك الحالة العظيمة الاهتمام في جزء من المعاطولة عشر ميترو عرفت جيدا تلك الاجزاء بالتشريح

وعلاج هذا التغمد يكاد ان يكون خارجا عن طاقة الصنعة لانه مادام استفراغ المواد الثقيلة حاصلا لم يمكن معرفة الداء اما اذا حصلت عوارض الاختناق وانقطاع سير المواد الثقيلة فان الداء يكون منظونا فقط مهما كانت شدة تلك الاعراض ومع ذلك ينبغي في الاطفال ان يجتهد في ارجاع وظائف هذه القناة لعادتها بالاستقيامات وبالاقتصاد في الرضاع وبعض حقن مليئة اى مسهلة باطف وبضغط خفيف على البطن وبالا امر به بعض ملاعق صغيرة من زيت الزيتون

والانقطاع التام لسير المواد المعوية كالعوارض التى تنتج منها قد يحصل من اسباب اخر سبغت فيها على الاثر فنقول ان قبل هل القناة المعوية للاطفال الصغار قابلة لان تصير في احوال كثيرة مجلسا لآلام عصبية كالاغص والقولنج ورب ارحم وغير ذلك فنقول ان الآلام الشديدة التى مجلسها في بطن الاطفال

المولودين واللمس يقويها وتحقق باضطرابهم وصياحهم الشاق هي دائما عصبية فان قيل ايضا هل لا تحصل ايضا من التهاب بعض الاعضاء البطنية قال بليار انظر ان القواخج الشديد المعرضة له الاطفال المولودون قد ينشأ من آفات تشريحية تشاهد بالبصر في الجنة كما ينشأ ايضا من مجرد زيادة مرضية في الحساسية وذلك هو ما ثبت بالبحث والتفتيش

وعلى كل حال اذا نودى الطبيب لعلاج مولود معه الام شديدة يقرب للعقل ان مجاسم في البطن وكانت تلك الام مصحوبة بامساك وقيء بل وتشنجات وكانت عظيمة الاعتبار بهبوطها ثم شدتها على التعاقب ولم تكن مسبوقة بعرض من الاعراض التي نذكرها فيما بعد للالتهاب المعوي كان ذلك حاملا له على ظن وجود بعض آلام عصبية في القناة الهضمية فتعالج تلك العوارض بان يؤمر مع الاحتراس بالمشروبات المضادة للتشنج كملعقة صغيرة من شراب الاتيرمودا بثلاثيه من الماء وكنصف درهم من شراب دياقورداي شراب الخشخاش مخلوطا بقليل من ماء سكري اولين لكن لا يلجأ لهذه الوسائط الا مع غاية الاحتراس ولا تنس ان الالتهاب المعوي في القناة الهضمية للاطفال اندر من التهاباتها

المبحث الثالث

في التهاب القناة المعوية

الغشاء المخاطي المعوي يمكن ان يكون كغشاء المعدة مجلسا لاصناف مختلفة من الالتهابات فيلزم ان نذكر باختصار على التعاقب الالتهاب المعوي الارثيمياوي والجرابي والغنغريني واما الالتهاب المعوي المصاحب لتغير في الافراز المسمى ذلك بموجيت الامعاء فسادر جدا ولكن تجوز مشاهدته وسنذكر مشالا منه

ولنبتدأ بذكر كايما في الالتهاب المعوي الذي يظهر قبل الولادة ثم نبين عن الذي يعرض للاطفال بعد ذلك فليكن في هذا المبحث مطلبان

المطلب الاول

في الالتهاب المعوي مدة الحياة داخل الرحم

كذلك والكبد فيه احتقان قليل والاعوية الغليظة البطنية ممتدة بدم اسود
سائل والرتان مسترخيتان وقرقعة مقلية والقلب خال وفي حالة استرخاء
زائد والفحسات الجنينية منسدة والمنخ سليم ولا حاجة لان تذكر امثلة غير ذلك
لهذا النزيف الضعفي الذي يملك كثيرا من الاطفال

واول ما يذكر في علاج هذه الانزفة الضعفية هو ان يقاوم احتقان الجهاز
الدوري مع احتقان القناة المعوية ويسهل الوصول لذلك بوضع علقه او ثنتين
على الشرج ومن الجيد ان يستعمل الطفل مشروباً بارداً محضاً قليلاً بشرب
السفرجل او ببعض تقط من الحمض النتريك او ماء رايل ولا ينالغ في ان توصي
القوايل الذين ولد على ايديهم اطفال صاروا بطول مدة الولادة في حالة قريبة
للوقوع في الاسفكسيا اي الاختناق ان يتركوا بعض كمية من الدم تسيل من
الحبل السري قبل ربطه اذ لا تخفى الاخطار والعوارض التي تعرض للاطفال
من زيادة وفور الدم فيهم وكما تكون الاحتقانات والانزفة المعوية مهلكة
بنفسها كذلك يزيد خطرهما بما يصحبهما من تعويق او انقطاع لوظائف اعضاء
الدورة التي هي عظمة الاهتمام

ثم ان هذه المشاهدات التي ذكرها بليار والتأملات المصاحبة لها ربما طعن
منها ان النزيف المعوي في المولودين جديد اقتبال او يقرب لان يكون قتيلاً
لكن هناك حوادث واقعية للاطباء ظهرت عن قريب تنوع هذا الرأي
فان في بعضها كان مع الطفل في موت برزدموى ثم في اليوم الرابع عشر لم يبق اثر
لهذا النزيف المعوي في المواد النقيية والاصفرار الذي كان الطفل ساقطاً فيه
من فقد الدم ذهب تدريجاً من تأثير الاغذية التي زيد فيها شيئاً فشيئاً وفي حالة
اخرى كان فيها النزيف معوياً فقط وحصل الشفاء في اليوم التاسع وان بقي مع
الطفل حالة سوء البنية حتى مات باستسقاء مخي في الشهر السابع وام هذا الطفل
ولدت آخر حصل له ايضا بعد بعض ايام من ولادته نزيف معوي متكرر لم يدم
سببه وفي اليوم الخامس انقطع النفل الدموي منه ودخل في المتعاهة حتى
شفي بالكلية

المقالة الثانية

في امراض القناة المعوية التي تظهر بعد الولادة

قد ذكرنا فرقا بين امراض المعدة التي تقوم من تكدر في وظائفها بدون التهاب والتي تقوم من الالتهاب مع تكدر في الوظائف او بدونها وتعمل مثل ذلك بالنظر لامراض القناة المعوية فنبتدأ بدراسة الاسباب والطبيعة للاسهال الغير المصاحب لالتهاب معوى كما فعلنا في التيء وسوء الهضم المعدي بدون التهاب معدي ففي هذه المقالة بجملة مباحث

المبحث الاول

في سوء الهضم المعوى

قد يترى كثيرا من الاطفال الرضع اسهال بدون التهاب معوى فينتعون ويذبلون ويسقطون في النحول بدون ان يوجد في جثثهم بعد الموت اثر لالتهاب الامعاء وهؤلاء الاطفال يموتون يقينا من عدم التغذية ولك ان تقول من الجوع فلا تهضم معدتهم ولا امعاءهم اللبن الذي يرتضعونه او يسقونه ولنبحث اولاً عن العلامات الظاهرة لهذا الداء اعنى سوء الهضم المعوى ثم نبحث عن سببه

فهذه العلامات هي النحول التدريجي وانتفاع الوجه والجوع الدائم للطفل بحيث يمسك الحلمة التي تعطى له بشراهة غريبة والاسهال الذي تكون موارده في العادة مخاطية بيضاء واحيانا سائلة بحيث تبل فراشه وتلوئه كالسائل الذي يسيل من المهبل في الية قوريا وتختلط تلك المواد المخاطية في الغالب بقطع متجمدة من اللبن الذي مر في القناة المعوية بدون ان يتغير ثم بعد زمن ما يموت الطفل لكن بعد ان يصل الى آخر درجة من النحول فاذا فحنت القناة المعوية وجد الغشاء المخاطي عديم اللون في جميع سعته بل قد يوجد لينا لكن يكون حيثئذ كابد تغيرا في المنسوج سندكر طبيعته في محل آخر واحيانا توجد القناة المعوية ملتهبة او متقرحة او فاسدة في سعة منها غير ان اللبن الابيض هو الافة التي توجد غالبا في الاطفال الذين ماتوا بالداء الذي نحن

بصدده قال المؤلف قد شاهدت في سنة ١٨٢٦ خمس عشرة حالة من
الاسهال المزمن بدون التهاب في اطفال كان سنهم الى موتهم من خمسة
عشر يوما الى شهرين ففي ثمانية منهم لم اجد اثرا لآفة قط وانما كان فقد عام للون
الجلد والقناة المعوية وجميع الاعضاء كانت خالية من الدم وهؤلاء الاطفال
لم ينقطع عنهم مدة حياتهم التي وبطون معظمهم بل كلهم كانت منتفخة ووجد
في قناتهم المعوية غاز كثير ومواد سائلة يضاء رغوية وفي اثنين منهم
كان قولون محتويا على ندف مخضرة شبيهة في اللون والقوام بالعقي وفي الخمسة
الباقية وجدت آفات مختلفة في الرتين او الملح واما القناة المعوية والحالة العامة
للاطفال فكان في ما الصفات التي ذكرناها

وقد لون الغشاء المخاطي هو في معظم الاحوال الدرجة الاولى لهذا اللين الذي
لا ينبغي اشتباهه باللين الذي يحدثه التهاب وسنتكلم عليه فيما يأتي ولننبه ايضا
على ان القناة المعوية قد لا يعدم اللون من جميع سعتها احيانا وانما يوجد فيها
مسافة خفيفة خطوط او صفحات حجرية هي الآثار الاخيرة للتلون الاعتيادي
او الاحتقان الكثير الحصول في القناة المعوية للمولودين وسنرجع لذلك
في الكلام على اللين قال المؤلف وذلك التغير في المنسوج هو على رأي ايضا
من تتابع عدم التغذية او الارضاع المعيب للمولودين لان العوارض التي تنتج
من تعب هذه الوظائف الهضمية لا تكون مقصورة دائما على مجرد حالة النحول
والهزال التي ذكرناها فقد تعرض ايضا آفات اخر سنتكلم عنها في محلها وانما
نكتفي هنا الآن بذكر الاحوال التي تتحول اليها وظائف القناة المعوية
بدون آفة النهائية او غيرها

والغالب على الظن ان سبب عدم التغذية ناشئ من طبيعة الاغذية او نقول
من كيفية الارضاع المعرض له الطفل وذلك لان الاطفال المقيمين بيوت القطا
بياريس المسلمين للمراضع المقيمت هنالك منتمقة الوانهم نحاف ضعاف ويموت
كثير منهم في هذا المحل بسبب عدم التغذية ومعظم الاعراض التي توجد فيهم
الى وقت الموت ناتجة من تكدر وارضع يعرض لهم في الوظائف الهضمية اما الكدون

الاعضاء القائمة بهذه الوظيفة صارت ملتزمة واما بوصولهم الى درجة الذبول وعدم التلون والاحول الذي ذكرناه فعلى مقتضى هذه الاصول القربية للعقل يكون هذا الفساد ناشئا من رضاع هؤلاء الاطفال من نساء ولدن من زمن طويل ويزيدن الرضيع في صك كل اسبوع مثلا فيعطين اثنا عشر لاول طفل يحضر لهن بدون فرق ولا ينتهين لتنظيم ساعات الارضاع ولا المقدار اللبن المناسب للاطفال بحيث يكونون دائما في جوع لقله الغذاء الخاص الذي يقبلونه وعظم المقدار الزائد من السائل الذي كثرت وصفته الرديئة بصيران ضرره مزدوجا

ثم ان هذا محل الابحاث العظيمة الاهتمام التي اعرضها الماهر الكيماوى ريان في تغذية المولودين وسطرت في الوقائع الكيماوية الطبية وعبارته كثيرا ما يحصل مدة الارضاع تكدرات في مجموع الوظائف الهضمية يسبقها او يعقبها او يعقبها تغير قهري في التدبير الغذائى فهناك تشوشات تتعلق باختلاف صفات اللبن وقد يحصل مثل ذلك من افراط التغذية بحيث يظهر ان اللبن المناسب لطفل غذى منه زمنا ما قد يكون متلفا لا تخر مساولة في السن ولا يحصل نجاح من ابدال لبن المرأة بلبن معزاة وذلك هو ما اثبتته ريان بمقابلته الصفات الطبيعية والتركيبية بجملة البسان اثرت بكيفيات مختلفة في طفل واحد او بكيفية واحدة في اطفال مختلفة

(التجربة الاولى) لبن معزاة كانت سائبة في المراح مدة يوم وتغذت في الزريبة بغذاء جاف فكان لبنها ابيض معتم ليس له رائحة مخصوصة واضحة وكثافته في مقياس بوميه تساوى ثلاث درج وثلاثة ارباع درجة وتكتب هكذا ٣,٧٥ ولم يغير صبغة عباد الشمس وقت حلبه فاخذ منه خمسون جراما وعولجت بالمعالجات الكيماوية التي يطول بنا شرحها لو ذكرناها هنا فكان ما خرج منها هو ما سيذكر

٤٢,٧٥	ماء وبعض آثار من الحمض الخلى
٢,٠٤	مادة دسمة وهى الزبد
٢,٢٦	جبن و آثار املاح غير قابلة للذوبان
٢,٩٣	سكر واملاح قابلة للذوبان وبعض آثار من مواد ازوتية
٤٩,٩٨	جميع ذلك

وذلك يساوى تقريبا ١٤,٥ من مادة جافة فى كل مائة من اللبن المستعمل

(التجربة الثانية) لبن امرأة ولدت منذ سبعة اشهر وكانت جيدة الصحة قوية البنية ترضع من ثدى واحد فعرضت كاللواتى بعدها لتدبير غذائى من انساب ما يكون للمرضعات على حسب رأى الاطباء

(الخواص الطبيعية للبن) ابيض معتم كثافته ٣,٥ من مقياس بوميه ولما عولج بالصبغة ظهر انه كثير القلوية وقاومت تلك القلوية جميع مدة التصعيد والتخير (خواصه الكيماوية) اخذ من هذا اللبن خمسون جراما فحصل منها بالوزن المقادير الآتية

٤٣,٠٠	ماء
٢,٥٨	مادة دسمة
٠,٠٩	جبن و آثار املاح لا تذوب
٣,٨١	سكر واملاح تذوب و آثار مادة ازوتية
٤٩,٤٨	جميع ذلك

وذلك يساوى تقريبا ١٣ من الجواهر الجافة فى كل مائة من اللبن المستعمل (التجربة الثالثة) لبن امرأة جيدة الصحة قوية ولدت منذ ثمانية عشر شهرا (الصفات الطبيعية للبن) ابيض معتم وكثافته فى مقياس بوميه ٣,٦ وكان قلويا (الصفات الكيماوية) اخذ منه خمسون جراما فوجدت مركبة من

ماء	٤٢,٨٠
مادة دسمة	٢,٦٠
جبن وغيره	٠,١٢٥
سكر واملاح نذوب وغير ذلك	٣,٩٦٥
جميع ذلك	<u>٤٩,٤٩٠</u>

وذلك يساوى ١٣,٤ من المواد الجافة لمائة جزء من اللبن
(التجربة الرابعة) لبن امرأة جيدة الصحة ضخمة جسيمة أكثر من السابقات
وكانت ولدت منذ أربعة أشهر والثقل الخاص لهذا اللبن بمقياس يوميته
٣,٥٥ وصفاته كالتي في التجربة السابقة وخرج من خمسين جراما منه
مستحبات شبيهة في المقدار بما فيها وهي

ماء	٤٢,٩٠
مادة دسمة	٢,٥٩
جبن وغيره	٠,١٢
سكر وملح وغيره	٣,٩٣
جميع ذلك	<u>٤٩,٥٤</u>

وذلك يساوى ١٣,٨ من الجواهر الجاف لمائة من اللبن المستعمل
وفعلت ايضا تجارب في اللبن اخذت من الشهر الرابع الى العشرين فكانت
تساؤها كتدائج التجربة الثالثة والرابعة فقد شوهد من ذلك ان لبن المرأة
يختلف عن لبن المعزاة خصوصا بالذووية الواضحة ويكون مقدار الجبن اقل
بالنصف تقريبا قال ريان فالظاهر لنا انه بالصفة الاولى يصير اسهل هضمًا
وبالصفة الثانية يصير اقل تغذية واما اللبن النساء في الاحوال السابقة
فلا تختلف في التركيب الا يسيرا ولبن التجربة الثانية يحتوى على مقدار من
الجبن اقل من لبن غيرها ولمعنا ذلك كان هذا اللبن يخرج حسب العادة في كل
مرتين الثدى بمقدار اعظم من غيره بعشر مرات ونصف في الزمن الواحد
والاطفال الرضع لكل من النساء المذكورات اللواتي ابتدأن في تغذيتهم من

ظهور البنان من كانوا اقوا يا في صحة جيدة

وهذه الاصول عظيمة الاهتمام ويزيد الاهتمام بها اذا روعيت في اختيار التدبير
الغذائي للاطفال الرضع وقد اطال ريان هنا الكلام في رسالته والمقام يضيق
عن استيفائها ولنكتف من تحليل اعماله بما ذكره من كراهه وانما تقتصر على ذكر
كلمات ذكرها في آخر الرسالة وفصلا طفل عمره سبعة اشهر ونصف مرت
باتظام وان كان من الواضح ضعفه وتألمه من ضعف تغذيته في الاشهر الاولى
من الرضاعة بسبب النقص الذي كان يعرض للبن كثير من المرضعات اللواتي
ارضعنه على التعاقب فبعد ان فهر على تركه المرضعة الاخيرة غذي مدة عشرة
ايام بجملة صناعية وكانت مواد الغذاء هي المغلي الخفيف للشعير المقتشر مخلوطا
ذلك المغلي بعشر حجمه من لبن المعز وبعاطاه في اربع مرات بالنهار ومرتين
بالليل وكان جملة ما يستعمل في الاربعة والعشر من ساعة اقل من المن يسيير
(المن رطلان) فكان ما فيه تقريرا

من الجوهر الخاف من اللبن	١٤	جرام
ومن الخلاصة الجافة للشعير المقتشر	١٦	
جميع ذلك	٣٠	

وفي هذا الزمن الذي كانت فيه صحة الطفل جيدة فتش له على مرضة احسن من
المرضعات السابقات فاختبره باشارة طبيب ماهر مرضة لبنها بحسب
الظاهر جيد الصفة وهي المرأة التي كانت موضوع التجربة الثانية فارتضع
الطفل من هذا اللبن الذي كان كثيرا ومع ذلك ظهر كآته في المرة الثالثة حصل له
بعد ان ترك الثدي خدر وبقي فيه مقتوحا ولم يتيسر ان ترجع له بنشاشته
الاعتيادية ثم في المساء حصل له انزعاج في النوم فاشار الطبيب بان لا يعطى
له الثدي الامدة ثلاث دقائق ثم ان العوارض تجددت له مع شدة آخذة دائما
في الزيادة وحصل له القيء مرات كثيرة وحصل له عقبه مرة منها غشي وانغماء
فبادرت بمسح التجريبات السابقة ووزن مقدار اللبن الذي اخذه الطفل
في خمس مرات اوست مدة اربع وعشرين ساعة فعرفت ان الزيادة احد عشر

ديسي لير (والديسي لير عشر الليتر والليتر هو المن) فعينت مقدار الجوهر
 الجاف المحتوى عليه فرأيت ان هذا القدر يوجد فيه ١٦٠ جراما اعنى
 اكثر بخمس مرات مما يحتوى عليه لبن المعزاة المدود بماء الشعير المقشور
 مع ان خروج اللبن كان سهلا بحيث ان الطفل يستخرج في كل مرة هذا المقدار
 في اقل من دقيقتين فاخبرت الطبيب بهذه المشاهدات وكتيرة الدسامة الى
 وجدتها في لبن هذه المرأة فمن ذلك حكم حال منع الارضاع وامر من جديد باللبن
 المزوج ففي بعض ايام زالت الاعراض المغمة وجاء النوم والاستبشار
 والانشراح وزادت التغذية تدريجيا الى ثلث مقدار اللبن انتهى كلام ريان
 قال بليار وانما ذكرت هذا الامر الواقعي مع التفصيل الواضح لانه يفيدنا
 الاحتراسات التي تلزمنا لاجل ارضاع الاطفال فاذا كان الرضيع ضعيفا
 متقاع اللون ولم يهضم لبن مرضعته كان لابأس احيانا بتجربة التغذية من
 الحلمات الصناعية وتنظيم مقدار اللبن الذي يعطى له وتصلح صفاته بان يمزج
 بماء الشعير او مقشره فقد شاهدنا في بيت المتقطين ان لبن المعز المزوج بماء
 الشعير هضمه جيدا الاطفال الذين يرفضون لبن مرضعاتهم ويهزلون من عدم
 التغذية

ثم ان الارضاع الامي وان ادعى بعض المؤلفين انه من جملة قوانين الطبيعة التي
 يلزم المبادرة لاطاعتها الا ان ذلك لا ينبغي جعله من القوانين الكلية لان هناك
 احوالا مستثناة فظطر فيها لان تأمر الامهات بان يتركن ماوجب عليهن
 من ذلك اى ارضاع اولادهن ثم لا بد ان نراعى ايضا ان الحالة الاجتماعية
 للناس قد تتحوج لتلك الموازم الطبيعية بحيث يكون من الشذوذ في بعض
 الاحوال قهر الام على ان ترضع بلبنها طفلا ضعيفا وبمثل ذلك يقال فيما اشتهر
 من ان من القوانين الاعتيادية ان الطفل انما يعيش بلبن امه مدة الاشهر
 الاول من حياته فلذلك نكرر ونقول لا يمكن ان نجعل من القوانين الكلية
 الثابتة ان الارضاع الامي هو المناسب الوحيد للاطفال الضعاف وانما يلزم
 ان نبحث عن احسن كيفيات التغذية المناسبة للجهاز الهضمي في كل طفل

ولذلك سنأمر من جديد في الحالة التي نحن بصدددها بإصناف مختلفة من
الاغذية ذكرناها سابقا في سوء الهضم المعدي

المبحث الثاني

في تعتمد الامعاء اى تداخلها في بعضها

التغمد اى تداخل عروية معوية في جزء آخر من المعاي يحصل كثيرا لاطفال الرضع
قال المؤلف وربما حصل بدون ان تعرف له علامة تدل عليه لاني كثيرا ما رأيت
في جثث الاطفال مع انه في حياتهم لم يكن معهم امساك ولم تظهر فيهم
الام بطنية ومع ذلك كثيرا ما يعرض من هذا التداخل المعوي خصوصا اذا
التهب الغشاء المخاطي لهذا الجزء المتداخل امساك عسر وتورعظيم في البطن
والام شديدة بل والموت فينبذ يصح ان يعتبر هذا العارض من العوارض
الثقيلة للطفولية الاولى فالامساك الشديد والانتفاخ التدريجي للبطن وتقاضي
المشروبات ثم المواد المعوية الثقيلة وبالاختصار مجموع العوارض التي ذكرناها
عند الكلام على انسداد المستقيم توجد في التغمد اى التداخل المعوي
المضاعف بانقطاع تام لسير المواد المحوية في القناة الهضمية ثم ان هذا التغمد
يكون في الصائم والفائتي اكثر من بقية اجزاء المعاي ويحصل تارة من اسفل
الى اعلى وتارة من اعلى الى اسفل بدون فرق اعنى تارة يتقبض الجزء العلوى
ويصغر وينزل في الجزء السفلى تحته الذي صار في حالة استرخاء واتساع وتارة
يكون الجزء العلوى هو القلنسوة السفلى فيقبله في تجويفه والاكثر وجود النوع
الاول وكانه ينتج بالطبيعة من الانقباضات التوجيهية الاعتيادية للمعا غير انهما
شديدة جدا ولا يندران يشاهد جملة من كل من النوعين في شخص واحد
ولا يندران ايضا ان يشاهد جزء من المعاي متسع متمد يقبل من الاعلى الجزء من
القناة الذي من اعلاه ومن الاسفل الجزء الذي من اسفله بحيث يوجد هذان
النوعان من التغمد منضمين في محل واحد

وفي التغمد الحقيقي توجد في القناة المعوية هينات جديدة مهم دراستها فاولا
ان الغشاء المخاطي من الجزء المتسع اى الحاوى لغيره يلامس نفسه من القاعدة

اى الثنية الخارجة من التغمذ الى الطرف اى الجزء العميق من الجزء المحوى والطبقة المصلية من المعال كائنة بين الجزء الداخل والجزء المحوى تلامس ايضا قسمها من القمحة الخارجة للثنية الى عمقها اعنى الى المحل الذى ينشئ فيه الجزء الباطن ليتصل بالجزء الخارج فينتج من ذلك ان التغمذ يكون قد رسمك الجدران المعوية بثلاث مرات اعنى الجزء المركزى اى الداخل والجزء الخارج اى المحوى وجزء متوسط بينهما متصل بكل منهما فاذا فتح بالمشروط الجزء الخارج وجد في تجويفه شبه حوية او حلة او زائدة مخروطية مختلفة الطول خالصة من جميع الجهات يوجد في سطحها غضون الصمامات الضامة ومفتوحة من طرفها لتمر منها المواد المعوية وهى شبيهة شهابا بالورم المتكون من المعالج من الشرج الغير الطبيعى

ثم اذا كان التغمذ جديدا او البرتون سليما كان ذلك التغمذ قابلا للانحلال والانبساط والزوال بالكلية اما اذا اطالت مدته وسما اذا تهيج البرتون الداخل في تركيبه والتهب فلا يمكن تحلله فالغشاء المصلى المحصور في الثنية يغطى به تصد ملصق يزيد في متانة التصاقه بسرعة فالهيئة الغير الاعتيادية التى كانت برهية تصير دائمة فبما ننظر لنتائج ينبغى ان يميز التغمذ من اعلى الى اسفل عن الذى من اسفل الى اعلى فاذا كان الطرف العلوى من المعال دخلا في الجزء السفلى حتى ولو تيسر التغمذ وصار غير قابل للزوال لم ينتج من ذلك الانعوق بسير في سير المواد المعوية او لم ينتج شئ اصلا فسيرها من الاعلى الى الاسفل على حسب سيرها الاعتيادى تقابل يقينا في محل التغمذ محلا ضيق من باقى القناة غير ان هذا المحل قابل للتمدد والانبساط ومع ذلك يتركها تمر منه فاذا وصلت الى الطرف الباطن للثنية سقطت في جزءا كثيرا تساقا تنفذ منه وتندوم على سيرها فيمكن ان يبق هذا النوع من التغمذ بدون خطر عظيم والاجزاء الملتصقة المتكون منها تختلط ببعضها شيئا فشيئا وتنسج بحيث يكاد ان لا يدرك التغمذ بعد ذلك

اما اذا كان الجزء العلوى المتددم من المعال هو القلنسوة المغطية اى المحوى بالجزء

السفلى فان الامر يكون بالعكس فالمواد المعوية في هذه الحالة تقبض من اسفل الى اعلى آتية من المعدة الى الجزء المريض فتقف في قاعدة الحملات الى المخروط البارز المكون من الجزء الداخلى او المتعمد ويوجد في هذه تلك المخروط الخالص من جميع جهته فتحة لا تدخل فيها المواد بسهولة فينتج من ذلك انها تتراكم حول قاعدته وتثقل عليه وتدفعه وتضغط عليه فاذا كان التعمد خالصا الى غير ملتصق او قليل المتانة والاتصاف جازان تقهره هذه الحركات العنيفة وتحملة فان كان الامر بالعكس ظهرت تدريجا اعراض الاختناق المعوى اى انقطاع سير المواد الثقيلة ويخشى على حياة الشخص ومع ذلك شوهدت احوال من هذه الهيئة الثقيلة خلص منها المريض كعروض غنغريسا في الجزء الباطن للتعمد الذى استندت عليه كتلة المواد المتراكمة في الطرف العلوى وحصل التصاق في القاعدة الخارجية لثنية التعمد به حصل اتصال القناة واما الجزء الباطن اى التمجوج المنفصل من جميع دائرته فانجذب نحو الشرج واندفع مع النفل وقد شوهد حصول تلك الحالة العظيمة الاهتمام في جزء من المعاطولة عشر ميتروهرت جيد تلك الاجزاء بالتشريح

وعلاج هذا التعمد يكاد ان يكون خارجا عن طاقة الصّاعة لانه مادام استفراغ المواد الثقيلة حاصلا لم يمكن معرفة الداء لما اذا حصلت عوارض الاختناق وانقطاع سير المواد الثقيلة فان الداء يكون مظنونا فقط مهما كانت شدة تلك الاعراض ومع ذلك ينبغي في الاطفال ان يجتهد في ارجاع وظائف هذه القناة لعادتها بالاستعمامات وبالاقتصاد في الرضاع وبعض حقن مبلينة اى مسهلة بلطف وبضغط خفيف على البطن وبالاامر ببعض ملاعق صغيرة من زيت الزيتون

والانقطاع التام لسير المواد المعوية كالعوارض التى تنتج منها قد يحصل من اسباب اخر سنبحث فيها على الاثر فنقول ان قيل هل القناة المعوية للاطفال الصغار قابلة لان تصير في احوال كثيرة مجلسا لآلام هضبية كالمغص والقولنج ورب ارحم وغير ذلك نقول ان الآلام الشديدة التى يجلسها في بطن الاطفال

المولودين واللمس يقويها وتحقق باضطرابهم وصياحهم الشاق هي دائما عصبية فان قيل ايضا هل لا تحصل ايضا من التهاب بعض الاعضاء البطنية قال بليار اظن ان القوايج الشديدة المعرضة له الاطفال المولودون قد ينشأ من آفات تشريحية تشاهد بالبصر في الجثة كما ينشأ ايضا من مجرد زيادة مرضية في الحساسية وذلك هو ما ثبت بالبحث والتفتيش

وعلى كل حال اذ انودى الطبيب لعلاج مولود معه الام شديدة يقرب للعقل ان مجاسم في البطن وكانت تلك الام معطوبة بامساك وفي بل وتشجات وكانت عظيمة الاعتبار بهبوطها ثم شدتها على التعاقب ولم تكن مسبوقة بعرض من الاعراض التي نذكرها فيما بعد للالتهاب المعوي كان ذلك حامله على ظن وجود بعض آلام عصبية في القناة الهضمية فتعالج تلك العوارض بان يؤمر مع الاحتراس بالمشروبات المضادة للتشنج كملعقة صغيرة من شراب الاتيرمدودا بثلثيه من الماء وكنصف درهم من شراب دياقورداى شراب الخشخاش مخلوطا بقليل من ماء سكرى اولين لكن لا يلجأ لهذه الوسائط الامع غاية الاحتراس ولا تنس ان الاوجاع العصبية في القناة الهضمية للاطفال اندر من التهاباتها

المبحث الثالث

في التهاب القناة المعوية

الغشاء المخاطي المعوي يمكن ان يكون كغشاء المعدة مجلسا لاصناف مختلفة من الالتهابات فيلزم ان نذكر باختصار على التعاقب الالتهاب المعوي الاريتماوى والجرباى والغنغريى واما الالتهاب المعوي المصاحب لتغير في الافراز المسمى ذلك بموجيت الامعاء فسادر جدا ولكن تجوز مشاهدته وسنذكر مثالا منه

ولنبتدأ بذكر كايماى في الالتهاب المعوي الذى يظهر قبل الولادة ثم نبحت عن الذى يعرض للاطفال بعد ذلك فليكن في هذا المبحث مطلبان

المطلب الاول

في الالتهاب المعوي مدة الحياة داخل الرحم

حالة الهضم التي توجد فيها الامعاء حتى قبل ولادة الطفل يلزم ان تعرض هذه الاعضاء لان التهاب مدة الحياة داخل الرحم وذكرنا من ذلك امثلة في المشاهدات السابقة ولكن ربما تشككها في شئ منها بحيث يعسر ظن صدقها ولذا ذكر حالة غريبة ذكرها ديزموس في فصل امراض البذرة في بعض كتبه فقال قد دعيت لمراعاة طفل مكثت امه مدة حملها في غاية الزهاوة ومع ذلك ولد نحيفا وسطح جسمه ابيض مصفر وسخنته تعلن بالالم والتقطب كسحنة المجائز وكان بطنه منتفحا متبسا قوى الحساسية وتلايف الامعاء مرسومة على الجلد من الظاهر وبالجملة معه العلامات الدالة على التهاب معوى شديد قديم فسلم للرضعة جيدة وتيسر له مع غاية ضعفه ان يشرب اولا بعض نقط من اللبن وبعد ذلك رضع رضاعاتا ما حتى صار من حينئذ طفلا لطيفا جيد البنية انتهى قال بليار ولنضم لهذا الامر الواقعي الذي لم تتضح حالته بفتح الجنة مشاهدة اخرى اجتنبتها وزالت فيها الشكوك يقينا بالبحث التشريحي في الجنة وهما هي

التهاب معوى وتولدات على سطح الاثنى عشرى * طفل ذكر وضع في بيت اللقطة في الحادى عشر من شهر ديسمبر وكان منتقعا نحيفا صغيرا جدا ومكث ستة ايام بين ايدى الممرضات المقييات هنالك ومع ذلك لم يحصل له قوة في تلك المدة بل لا يزال آخذا في الهزال بسرعة ولم يتقطع منه الاسهال واحيانا يتقايأ لبن المرضعة فادخل في مارسستان هذا المحل في السابع عشر من الشهر ومات في مساء ذلك اليوم فلم يأت لنا مشاهدة ما حصل له في تلك السويحات وفتحت جثته في اليوم التالى فرأينا المعدة محتقنة قليلا ومنكئة بنكت جر ووجد في الاثنى عشرى بعض خطوط مستعرضة وشوهد في وسط الجزء الثانى من هذا المعاولد عنيق احمر غير منتظم كالسكر في حجم حبة لوبيا وعنيقه متين الاندغام بسطح الغشاء المخاطى الذى نبت عليه ويشبه جيدا التولدات اى الاستنباتات التى توجد احيانا في الكبار على الغشاء المخاطى المعوى وتأليفه كانه اسفنجي غير انه ليس انتصائيا ويتمزق بسهولة بين الاصابع

فيخرج منه الدم المحتوى في خلايا منسوجه ويوجد ايضا في آخر اللقائى
التهاب مزمن يعرف بسموكة الغشاء المخاطى الذى كان لونه احمر واضحا
ووجدت ايضا حوزة حمرة في قولون واما بقية الاعضاء فليس فيها ما هو عظيم
الاعتبار

وهذا التولد في الاثنا عشرى قد لا يكون نتيجة التهاب مزمن لانه يعسر ان
توضح طبيعة مثل هذه التولدات واسبابها اذ هي شبيهة بتآليل الجلد لكن ينبغي
ان يعتبر التلون الاحمر في اللقائى الذى كان منتفخا اثر الاصابة بالتهاب مزمن
وذلك الالتهاب هو الذى ولد الطفل به وينسب له حالته الضعيفة ونحوه
السريع والموت وما هي مشاهدة اخرى

التهاب قولونى مزمن وتيس في قولون * طفل ٤ رة ستة ايام دخل المارستان
في الثمانى والعشرين من سبتمبر ومعه لون يرقانى خفيف واسهال كثير وحالة
انحطاط زائد ومن ابتداء ولادته لم ينقطع نحوه وسعنته شديدة التغير وتعلن
على الدوام بالالم وفي جبهته غصون كثيرة وجمع الشفتين منجذب الى الخارج
اى الوحشية ويصبح قليلا ويبقى في مهده غالباً غير متحرك ومات في مساء اليوم
الذى دخل فيه المارستان ولما فتحت جثته وجد احتقان ضعفى في المرئ
واحمرار منكت في المعدة واما الاثنى عشرى والصائم فلم يكن فيهما الاحتقان
خفيف واما آخر اللقائى فوجد فيه ابتداء السموكه التى لم تزل آخذة في الزيادة
كلما تقدمت نحو الاعور وكانت القمحة اللقائية الاعورية ضيقة جدا وصمام
بوان منتفخا احمر متينا وكان مجلس هذه السموكه في الطبقة الخلوية التى تحت
الغشاء المخاطى وكان الغشاء المخاطى فيه سموكة ايضا وشديد الاحمرار وسهل
التمزق والغشاء البريتونى رقيقا في حالته الاعتيادية بحيث ان الطبقة الخلوية
اذا اعتبرت على حدها توجد مكونة لغشاء سمكة نحو نصف خط ومنسوجه
متين مبيض المنظر كانه صدى ولم يكن في ذلك المنسوج اخلية وانما كان
كجوانس الطبيعة تقريرا بحيث اذا قطع يخرج محل القطع املس نقياً ووجد
في هذه الآفة التى في المنسوج الصفة التشريحية التى ذكرها لاهنك وهى

التييس وكانت تلك الحالة موجودة يقينا في جميع طول قولون ووجدت
المواد الثقلية مصفرة سائلة ملتصقة قليلا بجدران الامعاء ووجدت الكبد
مسودة بمحنة بالدم والصفراء كثيرة لزجة ذات سواد قاتم واما الرئتان والمخ
فكانت سليمة

ومن المحقق ان هذه الافة في المنسوج كانت موجودة مدة الحياة داخل الرحم
وولد الطفل بها والالتهاب القولوني المزمن الذي ذكرناه هو الداء الذي ينبغي
ان ينسب له حالة الضعف والاسهال والخول السريع بعد الولادة وهذان
المثالان للالتهاب المعوي الخلقى يوضحان لنا حالة الضعف التي يولد فيها
بعض الاطفال الذين يكون تعب حياتهم ومشقتها على حسب ما معهم من
الافات التي ينجونهم نمواسريعا غيرت جرنومتهم تغيرا عميقا ويؤخذ من ذلك
ايضا انه يلزم ان يبحث مع غاية الانتباه عن طبيعة الاسباب التي نشأ عنها
الضعف الموجود عند الولادة وعندنا من نظائر ذلك امثلة كثيرة يطول بنا
المقام لو ذكرناها نهاية ما نقول قال بليارد شاهدت عشر حالات من
الالتهاب المعوي الخلقى في اطفال ما وافي اليوم التالي لولادتهم وفيما بعده
ففي ثلاثة منهم كان هنالك نمو والتهاب واضح في الضفائر الجارية التي في القسم
اللفائفي الاعورى وفي اثنين آخرين وجدت اجرة كثيرة مبيضة بارزة قليلا
ومحاطة بدائرة حمراء في الاعور وبعض من هذه الاجرة ابتدأت فيفتحها من قمتها
وفي الخمسة الباقية لم يكن الالتهاب الا احمرارا صفيحا مع انتفاخ وسهولة تمزق
في الغشاء المخاطي للمعالدقيق واما العظيم الاهتمام هو ان العقي لم يوجد
فيه تغير محسوس في هذه الحالة وانما كان منظره وقوامه اعتياديين ولكن
معظم هؤلاء الاطفال كانوا متنعين اللون نحاسا كالمسقوطين غير ان واحدا
من الذين معهم التهاب في الجهاز الجرابي كان قوى البنية شديد القوة
واعراض الالتهاب المعوي الخلقى مشابهة لاعراض الالتهاب المعوي الذي
يظهر بعد الولادة.

المطلب الثاني

في التهاب القناة المعوية بعد الولادة

أكثر مشاهدات التهاب الغشاء المخاطي للقناة المعوية تكون بالنظر لاختلاف مجلسه لكن قبل ان نبحث فيه من تلك الجهة نبحث عن هيئة الاقانات الالتهابية التي قد تظهر في باطن القاعة

فالتهاب الامعاء يوجد فيه اختلافات تشريحية مثل ما للمعدة فيكون تقسيمه هنا على ما سيذكر من الانواع الاربعة

الاريتيمياوى

الالتهاب المعوى

مع تغير في الافراز

جراي

مع فساد في المنسوج

النوع الاول

الالتهاب المعوى الاريتيمياوى

لم يكن هناك الفرق بين الالتهاب الاريتيمياوى في الامعاء والاحتقان الضعفي الذي كثيرا ما تكون القناة مجلسه في الاطفال ولذلك عسر جدا ان يوضع حد فاصل بين هاتين الاقانتين ومع ذلك يمكن ان نقول ان احدهما سبب مهيب والاخر وان القناة المعوية اذا كانت تالتهب كثيرا في الاطفال الصغار فاذال الامن كونها غالبا محتقنة فان الدم الذي يقوم منه هذا الاحتقان الضعفي يصير بمكنه الطويل في الاوعية وفي منسوج الغشاء جسيما غريبا مهيجا يمكن ان تحصل منه الاقانات والاعراض الخاصة بالالتهاب الحقيقي

فاذا رأينا بدل الاحتقان البسيط التفرع الشعري التهابا اريتيمياويا صفاته التشريحية هي الاحرار الصفائحي المختلف السعة سواء كان محله في جزء مخدر او غير مخدر من القناة الهضمية وصحب ذلك الاحرار انتفاخ وسهولة تمزق في الغشاء المخاطي لم يكن عندنا شك في طبيعة هذه الاقانة التي هي النهاية يقينا وليست بالاكثر لالتهاب احتقان حقيقي ضعفي فلاجل معرفة صفات الالتهاب المعوى الاريتيمياوى مع غاية الضبط يلزم ان نعرف

الاعراض التي حصلت مدة الحياة في الاطفال الذين وجدت فيهم الصفات
التشريحية لهذا الالتهاب وهذا هو ما فعله بليار وذكر نتيجة هذا البحث
التشريحي فقال

قد شاهدت احوالا كثيرة من هذا الالتهاب الارثيمياوي غير ان كثيرا منها كان
مضاعفا بالتهاب معدي او التهاب رئوي او غير ذلك بحيث اذا ذكرت جميع
ذلك هنا عسرفصل الاعراض الخاصة بهذا الالتهاب عن غيرها ولكن اذا
قطعت النظر عن تلك الاحوال المتضاعفة رجع عدد الاحوال التي شاهدتها
ووجدت فيها هذا الداء بدون تضاعف بغيره الى نحو اربعين مثالا وسن اطفال
هذه الامثلة كان من يوم الى سنة وكان مع ثلاثين منهم اسهال مواد صفراء سائلة
ومع ستة اسهال المشروبات ومع خمسة وعشرين انتفاخ البطن ومع اربعة
برازا اعتيادي وستة لم يكن معهم اسهال وخمسة معهم اجرام ارثيمياوي فيما
حول الشرج مسبب يقينا من ملامسة المواد المعوية ومكثها ولم اشاهد
في احدهم تواتر النفس وفي معظمهم كان الجلد جافا محرقا وفي اربعة فقط كان
هنالك تواتر في النبض وكان سن هؤلاء الاربعة من خمسة اشهر الى سنة وفي خمسة
وعشرين كانت للسحنة هيئة مخصوصة نعلن بالالم ويعرف ذلك من
غضون وثنيات عمودية في اصل الانف وجذب مجمع الشفتين الى الخارج
اي الوحشية

وكثيرا ما تضاعف تلك الاحوال من الالتهاب المعوي الارثيمياوي بالنزيف
قد وجد في اربعة من هؤلاء الاطفال دم متضاعف في محال مختلفة من القناة
المعوية حيث يوجد فيها التهاب شديد جدا وواحد منها نزل منه بالقيء والبراز
مقدار من ذلك الدم وقد رأينا فيما سبق مثل هذه الاعراض في حالة احتقان
ضعفي بطني ولكن هناليس ذلك نتيجة كثرة دم في الاوعية المعوية والجلدوع
الغليظة البطنية فقط وانما هو ايضا كما هو واضح بخير دموى ناتج من فيضان
الدم بسبب التنبه الالتهابي الذي يجلسه في الغشاء المخاطي وهما هي قصة هذه
الحالة العظيمة الاهتمام

وهي ان طفلا انثى عمره عشرة ايام وجسمه صغير لكنه فيه قوة تما وجلده شديد
الاحمرار ويصبح جيدا صياحا تاما ودخل المارستان في السابع والعشرين
من سبتمبر فوجد انه كان اليوم التاسع من تلقح جذري اجتاز فيه ادواره
جيدا وفي مدة يقظته لا يترك الصياح وظهر له بعض نقط من الموجيت
على حوافي اللسان الذي كان غشاؤه احمر كزباد وكان معه اسهال من مادة كثيرة
مخضرة غير ان البطن لم يكن متورنا (وعلاجه الارز المصنغ وغرغرة مرخية
وحقنة نشائية ولبن ممزوج) وفي الثامن والعشرين كانت حالته كما ذكر
ولم ينم اصلا وصار يصبح في الليل والنهار ومعه انزعاج دائم وسخنته مقطبة
تعلن بالام ولم يزل الاسهال كثيرا جدا مختلطا بدم كثير ومع ذلك لم يظهر عليه
نحول وكان جلده حار جافا ونبضه انما يضرب في الدقيقة ستا وستين وفي اليوم
الاول من اكتوبر اتسع الموجيت على الوجه الباطن للشقين والخدين
ولم يقطع عن الطفل الاضطراب والانزعاج وتقيا ما شربه وهذه اول حمة للقيء
وشوهد بعض حرور من الدم في مواد تقيأته (وعلاجه الزيرفون المحلى
والاستحمام التام واللبن الممزوج) وفي اليوم التالي كانت حالته العامة
كذلك وفي الرابع تغيرت السحنة تغيرا عميقا وانتفخ البطن وكان اذا ضغط عليه
تظهر ثنيات على الجهة من جميع الجهات وتكونت من الموجيت طبقة سمكية
على جميع سعة اللسان وامتد ذلك الى الاجزاء الجانبية لقيده وضعف الصياح
جدا ولم تزل المواد الثقيلة مخضرة دموية كثيرة جدا والبطن صلبا متورنا
والصدر يرن في جميع اجزائه وحصل الموت في المساء ولما اريد فتح جنته
في اليوم التالي وجد الجسم حافظا لسنن عظيم والاطراف متيبسة والمنسوج
الدهني كانه متجمد في اجزاء مختلفة من الجسم ووجدت طبقة سمكية من
الموجيت فوق اللسان وتحت ووجد الطرف السفلي من المريء مغطيا للسان
هلامي واضح الصفة ولم يوجد في المعدة الا احمرار تقطى على الوجه الباطن لها
ووجد في جميع طول القناة الهضمية مقدار عظيم من مادة دموية زرقية فحينة
وشوهد في جملته تحمال من المعال الدقيق احمرار واسع صفحي مصاحب لانتفاخ

واضح وسهولة تميز في المنسوج الخاطي بحيث كان يمزق بالظفر باسهل حال
 ووجد فيه ايضا دم متصاعد عن قريب وملتصق بهذه المحال الملتببة وفي آخر
 اللسان في بعض صفائح جرابية حمرة منتفخة والاعور مبذور فيه اجربة كثيرة
 منعزلة وملتببة قليلا ووجد في قولون اجرار كثير صفيحي مختلط بحزوز مزرقة
 وفي لون الكبد بعض قتامة وفي المرارة صفراء سائلة خضراء داكنة
 واما الرئتان فسليمان وانما في قاعدة اليمنى بعض احتقان دموى والقناة
 الشريانية منتفخة وثقب بونال منسد والمنح متين كثير الاحتقان

واذا دققنا النظر نجد ان مجلس الداء الذي تسبب عنه موت الطفل كان في القناة
 المعوية والاعراض التي احداثها عظيمة الاهتمام بالنظر لصفاتها القاطعة
 اليقينية وذلك كالاسهال المخضر الكثير والسحنة المعلقة بالالم وتوتر البطن الذي
 يأخذ في التزايد والاضطراب المستدام المسبب يقينا عن الالم وعدم وجود حركة
 حية في اثناء هذا التنبه فهذه هي الاعراض التي تؤخذ اولاً من هذه المشاهدة
 ثم بعد ذلك رأينا عرض التقايي وفتح الجنة حملنا الآن على ظن ان ذلك ناشئ
 من لين المريء العارض في اواخر حياة الطفل وامارات التي والاسهالات
 الدموية فيستدل منها على وجود نزيف معوي وقد وجدنا آثارا من ذلك
 في فتح الجنة وبالجمل اذا حللنا العلامات والاعراض التي كانت موجودة
 في هذا الطفل علمنا اعتبارها وانما تدل على وجود التهاب معوي مضاعف
 بالزيف

والالتهاب المعوي الاربعيماوى مهما كان مجلسه يمكن ان يسبق اصنافا مختلفة
 من الالتهاب بحيث يكون هو الدرجة الاولى لها وبطول مدته يكسب منظرا
 جديدا ولذلك قد يعقب الاجرار الشديد الذي يقوم هو منه تلون مسمر
 او مزرقي ينتشر على هيئة نكت او صفائح او حزوز في محال مختلفة من القناة
 الهضمية بحيث انه كثيرا ما يوجد في الميتين من الاطفال عقب اسهال طويل
 المدة انحلهم نحو لا تاما حزوز مزرقة سواء في المعاء الدقيق او في قولون
 ويلزم ان يعتبر هذا التغير في لون الغشاء الباطن للمعاء اثرا او دلالة

على التهاب مزمن

لكن ينبغي ان تعلم ان الالتهاب المعوى لا يكون دائماً بالصفات الواضحة الفاطمة التي ذكرناها وانما يفت الاعراض التي تنسب له لتتيسر معرفته حتى وان كان اقل وضوحاً من ذلك فالحالة التي ذكرناها تكون لنا قياساً لتقابل بها جميع الاحوال الممكنة

والالتهاب المعوى الاريتمياوى كثيراً ما يكون مصحوباً بالتهاب معدى وذلك الالتهاب المعدى المعوى في الحقيقة مرض كثير الحصول للاطفال الرضع واعراضه لا تختلف كثيراً عن الاعراض التي تنسب للالتهاب المعوى البسيط وتظهر جيداً اسهالات تختلف في الصعوبة لكن كثيراً ما يشاهد تكرار القيء في اطفال مصابين بالتهاب معوى فقط فوجود هذا العرض لا يوضح لنا في الحقيقة انضمام الالتهاب المعدى للالتهاب المعوى وانما هناك علامة من العلامات القريبة للعقل لوجود هذين الداءين معا وهي الالم في القسم المعدى الذي يعرف عند الضغط عليه من السحنة الدالة على الالم ومن صباح الطفل لكن يعكر علينا ان قولون اذا كان ملتهباً يكون ايضا في هذا القسم تقريباً بحيث اذا ضغط على القسم المذكور ظهر الالم فيظن كونه من المعدة فآخر ما يستنتج هو انه وان ثبت عندنا من التشريح المرضي ان التهاب المعى كثيراً ما يصحبه الالتهاب المعدى الا ان المشاهدات الكلينية لا امراض الاطفال غير قادرة على ان تكشف بالعلامات ما يميز الالتهاب المعدى المعوى عن الالتهاب المعوى فقط وما نقوله هنا في النوع الذي نحن بصدده من الالتهاب يقال مثله في الالتهابات المعوية الاخر وعسر هذا التمييز ليس له في حال من الاحوال نتيجة مغمة في العلاج لان علاج الالتهاب المعوى يناسب جيداً الالتهاب المعدى المعوى

النوع الثاني

الالتهاب المعوى مع تغير في الافراز (موجيت الامعاء)

تغيرات الافراز التي يقوم منها الموجيت يمكن وجداتها في سطح الغشاء المخاطي

المعوى اذا كان ملتبها قال بليار قد اتفق انى وجدت مرة هذا التغير فى اللقائى
لكنى لم اجتنى الاعراض التى كانت مع هذا الطفل مدة الحياة فالتزمت ان اعرض
صتعا عن ذكر هذا المثال وانما اذكر قصة طفل آخر معه موجيت فى قولون
وهاهى ماسيد كر

(لين جزى فى المعدة وموجيت فى قولون) طفل عمره ثلاثة ايام دخل المارستان
فى الحادى والعشرين من افريل لاجل اسهال كثير جدا و كان مصابا به
منذ يومين ومعه خلاف ذلك تلون يرقانى خفيف فى جميع اجزاء الجسم
(علاجه الارز المحلى واللبن الممزوج) وفى الخامس والعشرين زال اللون
اليرقانى وصار الطفل يتقيا كل ما شربه ولم يزل الاسهال كثيرا فسبب النحول
النسريع ومات الطفل فى السابع والعشرين ولما فتحت جنته وجد الغشاء
المخاطى القمى سليما ووجد فساد تام وسهولة تمزق فى الأغشية الثلاثة للمعدة
وكان فى غشائها المخاطى لين هلامى خصوصا فى محاذة القعر الكبير اى الحدية
الكبيرة ووجد كل من التلث الاخير من اللقائى والاعور وجميع قولون شديد
الاحمرار منتفخا مكرشا وفى سطح الاعور وقولون عدد كثير من ندف صغيرة
مبيضة فى قوام الزبد ملتصقة جدا بسطح الجل الاحمر المنتفخ الذى فى الغشاء
وبعض تلك الندف يسبح خالصا فى وسط المواد التغلية التى كانت مخضرة سائلة
لكن اكثرها كان ملتصقا بالغشاء بحيث لا يزال منه الا اذا حك بالشرط
ثم لما وصل هذا النوع الى التعريج السبنى من قولون زال بالكلية ثم وجد
فى المستقيم الذى كان مجلسا ايضا الحزوز حمر مستطيلة شديدة الاحمرار وباقى
الجنة ليس فيه شئ عظيم الاهتمام

وبلزم ان نختار ان هذا التغير فى الافراز مشابه لما يوجد فى القم والمعدة ويسمى
بالموجيت فاذا شابه هذا التغير الافرازى عموم الأغشية الكاذبة التى تظهر
على سطح الأغشية المخاطية لم يتعجب من مشاهدته فى قولون لان التهاب هذا
الغشاء ينتج احيانا غلالات غشائية تختلف سعتها فى محال مختلفة من سطحها
كما يشاهد ذلك فى الدوسنطاريا وغيرها من الالتهابات المعوية وليس هنالك

علامة مخصوصة يتشخص بها هنا وجود الموجبة في الامعاء وانما رأينا فقط علامات التهاب المعاء وذلك لم نذكر هذه الحالة هنا الا كمثال لصنف من الالتهاب الذي سميناه بالالتهاب المعوى مع تغير في الافراز ويمكن وجدان اغشية كاذبة مختلفة الطول في قولون الاطفال قال بليار غير انه لم يتفق على مشاهدة ذلك

النوع الثالث

الالتهاب المعوى الحلى والجرايى

قال بعض المحققين ان الغشاء المخاطي المعدى المعوى ما عدا كونه محتويا على المنسوج الخلوى والاعصاب والعروق الدموية الداخلة في تركيبه يحتوى ايضا على اصلين آخرين او تقول على عدد كثير من اعضاء صغيرة تتنوع الى نوعين احدهما قائم من خيوط عصبية دقيقة جدا او اوعية دموية في غاية الدقة ايضا ويكون ذلك النوع على شكل شرارب صغيرة طولها نحو نصف خط تقريرا وهذه تسمى بالحلل وهى تنتفخ وتحمور وتنتصب كالمنسوج الاتصالي بماسة الاجسام المنبهة ويظهر انها على المجلس الرئيس لقابلية التيج في الغشاء اذا لم تكن وحدها هى المخصوصة بذلك فهى اول من يحس بتاثير الاجسام الغريبة التى تلامس هذا الغشاء وربما كانت هى اعضاء اللمس والذوق للغشاء المعدى المعوى وتوجد في جميع سطح القنوات الهضمية قبل ما عدا المري وقسم القواد من المعدة واما النوع الثانى من النوعين اللذين يحتوى عليهما هذا الغشاء فيكون من غدد او ايكاس صغيرة منعزلة في الثلثين الاولين من المعاء الدقيق كما في المعدة ايضا ومجموعة متراكبة او على هيئة صفحات اوضفائر مستطيلة او مستديرة او بيضاوية تشغل غالبيا الحافة السائبة للامعاء ويختلف عددها كثيرا ثم تصير منعزلة في الاعور وقولون بان نصير اثنان اثنان او اربعة اربعة بل تظهر حتى في المستقيم ووضوحها يختلف قلة وكثرة في الحالة الطبيعية وقد لا تظهر في كثير من الاطفال ويختلف نموها ايضا باختلاف الاشخاص وكل من هذين النوعين وسمي الجرايى قد يصير في الاطفال مجلسا لتغيرات

مختلفة لكن ينبغي ان نعلم ان التغيرات التي تكابدها الاجربة المخاطية المعوية ليست كلها من طبيعة النهائية واضحة لانها قد تكابد مثل زمن التسنين زيادة في القوة الحيوية تزيد في افرازها زيادة كثيرة فيصير حجمها ابرز وعددها اكثر مع انه قد لا يتسبب عن ذلك احمرارها ولا انتفاخها ولا تقرحها كما يشاهد ذلك في التهاب الخالص فمن المهم قبل ان نتكلم على التهاب الخلى والجراي ان نتقف هنية في نوع هذا التنبه العضوى الوطنى الذى يعرض في الجهاز الجراي للاطفال الرضع فنقول قد شاهدنا الاجربة المنعزلة والضفائر الجرايية في القناة المعوية كثيرة العدد ونامية بدون ان تكون ملتهبة في اثني عشر طفلا منهم ثلاثة عمرهم من ثمانية ايام الى ثلاثة اشهر واثنا عشر هم اشهران والسبعة الباقية عمرهم من تسعة اشهر الى سنة فكأنوا في زمن ظهور الاسنان الاول وعشرة من هؤلاء الاطفال كان معهم اسهال مختلف الكثرة لمواد مخاطية مبيضة كثيرة السيولة وذلك في الحقيقة هو الاسهال المصلى الذى ذكره المؤلفون وذلك يحمل على ظن ان هنالك ارتباطا قريبا بين نمو هذه الاجربة وزيادة افرازها ومعظم هؤلاء الاطفال كانوا في زمن التسنين بحيث يلزم ان يكون هنالك ايضا ارتباط عظيم بين زمن ظهور الاسنان وزمن النمو الى الجهاز الجراي المعوى والقوانين الفسيولوجية توضح هذه الموافقة والارتباط وذلك لانه يظهر ان الجهاز الجراي معدل مساعداً فعل الامعاء في الهضم بكونه يفرز على سطح هذه الاعضاء سائلا يقرب للعقل كما هو واضح انه يسهل نضج الاغذية ولذا كان هذا الجهاز زائد النمو في اعلى درجة في الكلاب والحيوانات التي تأكل اللحم وفيين زيادة شدة في القوة الهضمية فاذا لا يتعجب من كون هذه الاجربة والضفائر المخاطية زائدة الحجم قوية الفعل في زمن ظهور الاسنان في النوع البشرى فالمولوى سبحانه قدر بحكمته في ذلك السن نمو جميع اجزاء الجهاز الهضمى ولذلك تكتسب الغدد اللعابية فيه ايضا حجما عظيما وتفرز لعابا كثيرا

ويؤخذ من تلك الموافقة في النمو الاعتيادى للاسنان وزيادة حجم الاجربة

وقوة فعلها توضح النسبة الموجودة بين التسنين وكثرة الاسهالات المصلية
التي تعرض في هذا الزمن للأطفال وبذلك سهل ان نوضح هذه السمات التي
ذكرها المؤلفون اى الاشتراك والارتباط بين ظهور الاسنان الاول والعوارض
التي تعرض في القناة الهضمية بدون ان يقعوا على معرفة اسباب ذلك اى
الاقتراضات التي تستعمل نظائرها كثيرا في التفتيش على ظاهرات الحياة
فهمنا يوجد توافق اوتشال اشتراك وظيفي مرضي لان هنالك ايضا توافقا في النمو
ثم ان هذه الاجربة وان كان الغالب ان نموها لا يحصل قبل التسنين
وانما يحصل قربه او بعده ليست معدومة من المولودين اذ كثيرا ما يشاهد منها
كثير في الايام الاول من الحياة نعم لا تكون اجود ظهورا واكثر عددا في القناة
المعوية الا في الزمن المذكور اى زمن التسنين بل في سن متقدم عن ذلك قال
بليار ولا اعتبر هذا النمو المرضي للاجربة الحسائية التها بالخالصانم هذه الحالة
التهبية التي تسبب زيادة الافراز تقرب لان تكون درجة متوسطة بين الحالة
الاعتيادية والحالة الالتهابية فاطن ان المناسب مراعاة تدبير الاطفال
المصابين بهذا الاسهال اذ من المؤكد انه ناشئ من الحالة المرضية التي ذكرناها
اذا راعينا طبيعة المواد الخارجة بالبراز فيلزم في هذه الحالة ان يؤثر للطفل
بالمشروبات اللطيفة كاللبن المزوج بجملة الشهيير المقشر لان الاسهال العارض
في هذه الحالة كثيرا ما يكون مضعفا بحيث يسقط الطفل منه بعد بعض
ايام في ذبول ونحول ونمو الاجربة قد لا يكون حيثئذ مقصورا على الامعاء
فقط وانما يستولى على جميع طول القناة الهضمية كما يدل على ذلك هذا
المثال الآتي

وهو ان طفلا عمره ستة اشهر دخل المارستان في اليوم الثامن من مرس وكان
منذ ايام مصابا باسهال قوى كثير كانت مواده في الابتداء مصفرة ثم صارت
مبيضة رغوية وكان نخيفا ممتقع اللون ضعيفا جدا ومعه عدد كثير من تتوات
بارزة في القم وكان اللسان جافا بدون احمرار فيه والاطراف باردة والتبض ليس
فيه كبير اهتمام (وعلاجه الارز المحلى واللبن المزوج) وفي اليوم التاسع لم يزل

الإسهال مستداما والبطن فيه بعض اتساع وصار الطفل يصيح قليلا وسجنته مع ذلك مقببة أيو قرابية ويشاهد في الفك السفلي نتوان للتسنين القاطعين الاولين اللذين قرب اوان تقبهما اللثة ويسيل من الفم لعاب كثير وذلك يحمل على نسبة العوارض التي مع الطفل للتسنين ثم مات الطفل في المساء ولما اريد فتح جنته وجد ظاهر جسمه هز يلا في الفم والمريء والمعدة عدد كثير من اجربة صغيرة مبيضة قليلة البروز والغشاء المخاطي للمعالدقيق منتقع اللون ومبذور فيه اجربة كثيرة ووجد اربع عشرة ضفيرة طاهرة الوضوح لكنها غير ملتببة في الثلثين الاخيرين من اللقائي ولم يوجد في الاعور الا بعض اجربة ووجد قولون منتقع اللون كالمعالدقيق واما الرئتان والمخ فليس فيهما شيء فالجهاز الجرابي وان كان ناميا جدا الا انه غير ملتبب في هذا الطفل والاسهال الكثير والنحول اللذان شاهداهما انما كانا ناشئين من الافراز الكثير للقناة المعوية

وهذا الداء يكون في الاطفال اقل اذا كان مضاعفا بالالتهاب المخي او القمي القلاعي او الغلالي كما يشاهد ذلك كثيرا في زمن التسنين فالاطفال يموتون حينئذ في زمن قليل وحيث كانت هذه الاستفرغات الكثيرة غير معجوبة بالتهاب خالص كما يشاهدنا جاز ان يكون من النافع لهما ان تقاوم بالمشروبات القابضة قليلا قال بليار ولا يتيسر لي ان اذكر هنا بالضبط كيفية المعالجة التي يلزم اتباعها لان التجربة لم تساعدني على استعمالها ولا على مشاهدة شيء منها

وقد يصير الجهاز الجرابي في احوال اخر كالخلى ايضا مجلسا لالتهاب واضح كما يشاهد ذلك في البالغين قال بليار والطبيب دينيس هو اول من شاهد المعوى الجرابي في الاطفال وكثيرا ما شاهده ايضا في دراسي في بيت اللقطاء وحققت صحة ما شرحه دينيس وبالجملته قد ثبت من التفتيش والابحاث والمشاهدات الجديدة في يومنا هذا ان كلا من هذين النوعين من الاعضاء قد يالتهب على حدته من تأثير اسباب مخصوصة فيحصل من ذلك جملتان من

الاعراض متميزتان عن بعضهما ولذلك اخترنا تبعا للمحققين الآن ان هنالك نوعين من الالتهاب المعوى بالنظر لذلك احدهما المعوى الخلي والثاني المعوى الجرابي ولكن لا ندعي ان في الاول من هذين الالتهابين يكون الملتبب هو الخلل وحده ولا في الثاني ان الملتبب هو الاجربة وحدها وانما نكتفي بان نقول ان ذلك هو الاكثر واذا لم يكن الالتهاب قاصرا على واحد منهما كان التهاب احدهما هو الملسطن بحيث يطبع الهيئة المخصوصة به في الداء وهناك نوع ثالث يستدعي شرحا مخصوصا ويحير الاطباء في محل وضعه في سلم الامراض وهو ان يخرج من المريض مع المواد النغلية مقدار كثير من اغشية كاذبة ولتسم ذلك بالمعوى الغشائي السكاذب ولناخذ في تمييز النوعين الاولين عن بعضهما باختصار فقط

اما المعوى الخلي فلا يختص بسن دون آخر ولا بنوع دون آخر ولا بمزاج دون آخر وانما المزاج العصبي القابل للتهيج هو المعرض له اكثر من غيره وعلى ما علم من وظيفته ~~يمكن~~ ان يظن ان هذا الداء يحصل من تأثير الاسباب التي توقف الحساسية في الغشاء المخاطي المعوى كالحوامض وسوء الهضم والاعذية الثقيلة والتبهاات والاجسام المسجة ولا سيما كثرة مقدار الاعذية المنبهة على المعدة وربما حصل ذلك الالتهاب سريعا من ازدراد مشروب بارد ثلجي وقد يحصل من وجود الم في محل بعيد وربما نشأ من الاسباب الحديثة للمعوى الجرابي كالتسنين وغيره لكن ذلك انما يحصل غالبا في العصبيين الذين معهم الغشاء المخاطي المعوى قوى الحساسية

واعراض هذا المعوى الخلي تختلف باختلاف شدة درجته وحدته او زمانته ففي الحالة الحادة اذا كان متوسط الشدة يظهر غالبا بالاعراض الآتية وهي تور البطن واتفاخه وزيادة حرارة في الجدران اكثر من حرارة بقية الجسم واحيانا الم عميق يظهر بالضغط على الحفرة المحرقية اليمنى لكن هذه العلامة انما تكون بالاكثر في المعوى الجرابي واما الذي نحن بصدده الآن فالغالب ان البطن يكون فيه غير متألم من الضغط ويحصل للمريض مغص يختلف

شدته ووقظه غالباً أزدرداد الا شربة الباردة ويزيد من الجواهر الغذائية وسيما
 المأخوذة من الحيوانات كالامراق ويندر ان يصحبه الاسهال ويحصل منه
 هبوط تام في القوى العضلية واحساس بحرارة شديدة في الامعاء وامسالك
 شديدة وقد يقطعها بعض اسهال صفراوى قصير المدة وكثيرا ما يخرج من المرضى
 رياح ويكون معهم قراقرنس سبق الاسهال الصفراوى البرهى المذكور
 والبول يكون في الغالب قليلا وفيه رسوب وينضم لهذه الاعراض الموضعية
 جفاف الجلد وخشونته وبياض اللسان واصفراره من المركز واهرار حوافيه
 وطره وشدة العطش وققد الشهية ومرة الغم واصفرار الوجه وسيما حول
 الشفتين وجناحي الانف ويكون ذلك الوجه تريبا ما عدا اوقات النوب
 فان الخدين حينئذ يتلون ويكون النبض صغيرا متواترا اذا كان هناك اسهال
 وصلب قليل الامتلاء في حالة الامسالك وهذا الصنف من المعوى الخلى شرحه
 المتقدمون مسمى بالتلبك المعوى البسيط او الصفراوى

فاذا اكتسب هذا الداء درجة عالية او ابتداء كذلك كان معمولا باعراض اكثر
 تقلا وعددا بسبب السمبات اى الاشتراكات التى يوقظها وسيما اعراض المخ
 فمع الحرارة المحرقة والحساسية القوية في البطن والعطش الشديد وقلة البول
 واحرارته وتركزه وسراندفاعه وحيوية النبض وفواتره وجفاف اللسان
 واحرازه او سمرته يزداد القلق والضجر واهتزاز الاوتار والانزعاج المستدام
 والاعراض الخفية من الصداع والهذيان والصياح والغبيج والسهر وتكون
 الاعين حمرة ذوات شرر وغير ذلك من الاعراض العصبية ويعرض خصوصا
 في الاطفال الصغار حركات تشنجية وهذا الصنف طال ما كانوا يسمونه بالحمى
 الخبيثة او العصبية او الخفية او الغير المنتظمة وبغير ذلك من الاختلاطات
 التى كانت عندهم وبشاهد بالاكثر في الاطفال الذين معهم اشتراك قوى بين
 المعدة والمخ اذ لا يشك في اصابة المخ عندهم من تأثير الالتهابات المعدية المعوية
 والمعوى الخلى يندر ان يتبدأ فجأة بالشدة المذكورة ولا يظهر كذلك الا اذا نشأ
 عن سبب قوى كلزرداد جواهر مهيجة جدا اما في معظم الاحوال فتبتدأ

الاعراض

الاعراض بحققة ثم تأخذ في الزيادة تدريجاً حتى تبلغ صنفاً من الصنفين السابقين وسير الالتهاب المذكور ليس سريراً في غير الحالة التي يكون فيها نتيجة الجواهر المسجة او يكون معصوباً باعراض مخية فاذا لم يكن هو شيئاً من ذلك انتهى في نحو ثلاثة ايام فيمكن ان تقول ان هذه المدة هي اقل مدده ومدته المتوسطة من خمسة عشر الى عشرين والطويلة الى اربعين وينتهي غالباً بالتخلل واحياناً اذا اهمل او عولج علاجاً غير مناسب انتقل الى الازمان ولا يهلك الا اذا استولى استيلاء وبائياً

ويعرف في حالة الازمان بحققة الاعراض السابقة كالم قليل خصوصاً حول السرة يستيقظ من ادنى انزعاج ويأخذ في الشدة بعد ازدراد الاغذية ببعض ساعات ويحصل للمريض القلق والانزعاج والعطش وغير ذلك من الاعراض السابقة لكن بحققة غير ان هذا الالتهاب الخفيف في الاطفال الصغار له صفات مخصوصة فقيم غالباً يكون معصوباً باسهال مواد زلالية او مخضرة ويسبب احياناً احتقاناً التهابياً في العقد الماسارية ويكون البطن في الغالب منتفخاً متورماً بحيث لا يتوافق كبر حجمه مع تحول الاطراف ويظهر على هؤلاء الصغار حزن وسبات متى مرت الاغذية في المعال الدقيق اعني بعد تعاطي الغذاء ساعة او ساعتين ويحصب هذه الاعراض فيهم كما قلنا سابقاً العطش الدائم وبقية الاعراض السابقة من حرارة الجلد وخفاه والام البطن وتواتر النبض وغير ذلك والمدة المتوسطة لهذا الداء المزمن لا يمكن تحديدها ولو على سبيل التقريب اذ قد شوهد دوامه مدة طويلة بل سنين بدون ان يهلك المريض فانه ليس رديفاً في الغالب فساد ام لون الجلد باقياً او غير زائد التغير والهضم سائراً جيداً رجي شفاؤه فاذا كان التحول زائداً وصار لون الجلد كالون الشمع والهضم عسراً والبراز ترابياً او مبيضاً كان هناك ايضاً رجاء للنجاح فاذا حصل اسهال مادة مسائلة كثيرة مع انصباب بعض مواد في تجويف البطن واحتقان قديم للغدد الماسارية كان الموت نهاية ذلك

وفي فتح رمة من مات بالمعوى الخفيف الحاد يوجد الغشاء المخاطي المعوى احمر

محققنا واحيانا نخيننا سهل التزرق ويرفع على هيئة صفايح عريضة حمراء مخينة
مدمة ويوجد الخجل احمر منتفحا بارزا اما في حالة الازمان فيوجد الغشاء قائم
الاجرار ما تلالا للسمة والخجل بنفسجيا مسجرا بل قد يكون اسود بالكلية
ولا يتميز فيه اوعية شعرية محقنة كما في الحالة الحادة لان لون الغشاء يغطي ذلك
فاذا طالت مدة الداء وجدت اجزاء من الغشاء متأكدة وفي محلها قروح مبدورة
في ذلك الغشاء حوافها مبرية وعمقها مزرق وهي محاطة بهالات حمراء ولا ينبغي
اشتباه هذه القروح بما يشاهد في المعوى الجرابي الذي سند كصفاته

وعلاج هذا المعوى الخجلي الحاد يكون بمضادات الالتهاب كالشروبات المحللة
والكمادات المرخية والتدبير الغذائي الجيد وجميع ما سند كره في علاج الالتهاب
المعوى عموما فان كان فيه بعض شدة كنى لزواله جودة الغذاء بان يمزج
لطفل اللبن ويسقى بعض مشروبات صمغية اولعابية والجمية هي اساس العلاج
حتى ان جمية يوم او يومين للأطفال الصغار لها تأثير عظيم جيد كذا قال بعض
المحققين ونقول ان ذلك عسر على الاطفال فالاولى مزج اللبن لهم بالمغليات
المرخية ويقال ايضا ان مما يتفق للأطفال المصابين بهذا المعوى الخجلي الحاد
استعمال الاسفحات عكس البالغين فانهم لا تتفعهم الا قليلا والالتهاب
الزمن يستدعي نفس هذه الوسائط وتكون الاغذية من اللبن والسكر
والدقيق والهلالم والامراق ونحو ذلك والاستفحات هنا تقع مما في الحاد
ويراد في قوتها بان تصنع من المغليات المرخية

واما المعوى الجرابي فهو الذي سماه المتقدمون باسماء كثيرة على حسب ما كانوا
يتوهمون من طبيعته كالجى العفنة وسونوخوس والجى التيفوسية والمخاطية
وغير ذلك واسبابه كاسباب الخجلي والاطفال كالنساء وذوى المزاج اللينقاوى
والجلد الرقيق الشديد البياض والشعر الاشقر معرضون له اكثر من غيرهم
فني هؤلاء يكتسب شدة ونقلا واضحا فهذا اول فرق بينه وبين الخجلي المشترك
فيه جميع الناس كما سبق ويختلف عنه ايضا في انه بدل ان يظهر مثله من تأثير
ما ينبه الحساسية كالارواح والتبيلات ونحو ذلك ينتج عادة من منبه الافراز

المعوى سواء اثر مباشرة على اعضاء هذه الوظيفة او بواسطة بتقليله الفعل
الافرازي من الجلد ولذلك كان من الاسباب المهيئة له السكنى في الممال الرطبة
او في حرارة باردة رطبة مدة طويلة ولذلك يتولد في البالغين من تأثير المسهلات
والاغذية الرديئة الصفة كالتى حصل لها مبادئ تخمر والفواكه الغيرة
النضيجة والتغذية من الجواهر التى جرت العادة بعدم استعمالها وبعض
المؤلفين جزم بعدوى هذا الالتهاب الجراي لكن ذلك يحتاج لمشاهدات جديدة
تقويه

والعلامات هى حصول تكدر في الوظائف الهضمية كفقده الشهية وبعض
مغص وبعض اسهال يتقطع ويعود وضعف وتكسر فهذه علامات مقدمة
تسبق ظهور الداء واحيانا تظهر اعراض التلبك المعوى المخاطى التى ذكرها
المؤلفون وذكرناها فاللسان يكون مغطى بطلاء مبيض والشهية معدومة
والهضم بطيئا خصوصا اذا غذى بالالبان والادقة ونسمع قراقر وبمحصول مغص
خفي ثم تارة يحصل امساك وتارة اسهال وفي تلك الحالة الثانية تنزل مادة
مخاطية مع البراز والنفض يكون لينا بطيئا والبول متكدرا

وقد يكون الداء من الابتداء موصوفا بالصفات الخاصة به وهى ما سيذكر
فالبطن يكون قوى الاحساس بالضغط والشهية معدومة ويستشعر المميز
بطعم حامض وتعجن في القم للذى يكون غالبامصا بالاطلاع ويكون على اللسان
طلاء سنجابي او ابيض ليوفى وفي حوافيه وطرفه بعض احمرار ويوجد عطش
قليل وتن في النفس وقلس حصى ومغص وتقي واحيانا يعقبه براز مخاطى
قد يحتوي احيانا على ديدان صغيرة مستديرة والنفض يكون صغيرا ضعيفا
متواترا وحيانا بطيئا وحرارة الجلد لا ترتفع عن الحالة الاعتيادية ويحصل زما
فزمنا عرق يكون في الغالب حضا ويقتدون الجلد ويوجد ايضا
ضعف وسقوط عظيم والبول يكون نخبينا كدرا ابيض او محمرا ويرسب منه
في قعر الاناء راسب سنجابي او طوبى فاذا شاركت المعدة الامعاء في الالتهاب
كان هناك تألم في القسم الشراسيبي وانتفاخ وغير ذلك من اعراض الالتهاب

المعدى المعوى وهذا الصنف الذى هو المعوى الجربى هو الذى يسمى على الخصوص بالحمى المخاطية

وهناك صنف آخر من المعوى الجربى وهو ان يكون الالم البطنى شديدا جدا ولا يحس به الا فى القسم الاعورى عند الضغط عليه ويغضى اللسان بمادة سنجابية مسودة ويكون القم جافا كالاسنان والعطش شديدا والنبض يكاد ان لا يكون فيه نواتر مدة النهار ويظهر من السحنة هيئة الضعف والحزن ويكون اللون منتقعا كاياسوس يحول الشفتين وجناحي الانف وينام المريض على ظهرة ويكون جلده جافا خشنا وبالجملة تكون الحالة فى النهار حالة خدر ثم اذا دخل المساء تواتر النبض وصار الجلد حارا والصلبة محتقنة ويصحب ذلك هذيان ويدوم ذلك طول الليل

فاذا كانت درجة الشدة اعلى من ذلك كان الالم البطنى اشد وانتفاخ البطن اعظم بحيث قد يمتد الانتفاخ الى جميعه ويكون البراز مصليا تناسلا والبول قليلا والاسنان جافة هبابية ويغضى اللسان بطلاء سمى سطحى كانه غبارى واحيانا يكون طبقة سوداء سمكية ويكون العطش شديدا والسحنة تعفن بالهبوط والحزن الزائد ويكون لون الوجنتين بنفسجيا مزرقا والاعين ذابلة تائرة محتقنة دائما والاعراض الخفية مستدامة والجلد جافا خشنا واحيانا يغطى بنمش والنبض متواترا ضعيفا ويوجد اهتزاز فى الاوتار وتزيد الاعراض فى الليل والبول يكون قليلا وجميع اجزاء الجسم التى حصل فيها سلوخ او عرضت لانضغاط شديد من طول النوم عليها كالثقب العجزى يكون فيها ميل زائد للغفر نسا وهذان الصنفان الاخيران هما اللذان تقوم منهما الحمى المعوية المسارية عند بيت وسير

فاذا مال الداء لانهاء الحزن زادت جميع العوارض السابقة وصارت هيئة الوجه ايبوقراطية واضطربت الوظائف الخفية زيادة اضطراب وذهل المريض بالكلية وذبلت عيناه وتخصصت الى الاعلى وجفت خياشيمه واغبرت حوافها بفجاء سنجابى واضطرب اللسان وبقي القم منتفحا تصاعدا منه رائحة تنق وبردت

الاطراف وهبط البطن الذي كان منتفخا وعدمت حساسيته بالضغط وغطى
 الجلد بنش بنفسي وتغمرت المحال التي ذكرناها ثم يصير النبض
 متواترا ضعيفا دوديا ويتعطل التنفس ويموت المريض وقد لا يحصل الموت
 بتلك الكيفية وانما قد يتفق في سير الداء بدون سبب معروف ان البطن ينتفخ
 دفعة ويصير شديدا حساسية من ادنى ضغط وتغير السحنة حالابسرعة ويدوم
 المريض على الصياح وتلف حالة النبض فيحصل الموت وكل ذلك في اربع
 وعشرين ساعة ويكون ذلك الموت السريع ناشئا من اشتقاب المعام من عمق
 قرحة فينتج من ذلك انسكاب مواد سائلة في البريتون فيلتهب التهابا شديدا
 فجائيا وتظهر الاعراض المهولة التي ذكرناها واحيانا اخرى يتفخ البطن
 دفعة ويصير النبض ضعيفا صغيرا جدا ويغطي الوجه بعرق بارد وتبرد الاطراف
 وتزول جميع الام المريض ثم يموت بدون آلام وبدون نزاع في هذه الحالة ينتفخ
 شريان عظيم الجحم في عمق القرحة والالتهاب المعوي الجرابي المزمن ليس له
 اعراض مخصوصة ولا يختلف عن ما ذكرناه في المعوي الخجلي المزمن ثم من
 الزائد الغير المحتاج اليه ان نذكر مقابلة اعراض هذين النوعين من
 الالتهاب المعوي ببعضها للتمييز لان القارى يسهل عليه فعل ذلك بنفسه وانما
 نقول على سبيل الاختصار ان هذه الفروق توجد مضمصرة في قولنا ان الحمى
 الصفراوية والحمى الغير المنتظمة عند المؤلفين ينسبان للالتهاب المعوي الخجلي
 واما الحمى المخاطية والحمى الدقية فينسبان للمعوي الجرابي لكن ينبغي
 مع ذلك ان يعترف بانه ليس دائما سهلا ان يميز على اسرة المرضى احد النوعين
 عن الآخر فكثيرا ما يتفق ان الخجل والابرة تشترك في الالتهاب فينتج من ذلك
 اختلاط الاعراض فلا يكون التشخيص اكيدا مع ان هذا التمييز عظيم
 الاهتمام من جهة العمل

وسير الالتهاب الجرابي المتوسط الشدة بطيء ومدة اطول من المعوي الخجلي
 المساوي له في الدرجة ومثل ذلك ايضا اذا قيل هذان الالتهابان وهما في اعلى
 درجة من الشدة فاذا عبرنا عنهما لاجل الاختصار بالفاظهما عند القدماء

نقول ان الخبي المخاطية تكون اباطسيراوا طول مدة في الغالب من الخبي
 الصفراوية ويقال مثل ذلك في الخبي الدقية اى الضعيفة اذا قوبلت بالخبي الغير
 المنتظمة ويقال ان المعوى الجرابي في الدرجة الاولى انقل من المعوى الخلي
 في تلك الدرجة وكذا يقال في المعوى الجرابي الضعفي بالنسبة للمعوى
 الخلي الغير المنتظم وسبب هذه الفروق موجود في طبيعة الافات النشربجية
 المخصوصة بكل منها فان الاجربة المخاطية التي هي قليلة الوضوح يلزم في ذلك
 ان تحتازادوار الانتهاب يبطى زائدا كثر من الخلل الذي هو اعضاء قابله للتيج
 بالذات والاجربة متى انتفعت استدعى رجوعها للحالة الاعتيادية زمنا
 اطول مما يستدعيه الخلل الذي لم يكابد الاحتقان عظيم في اوعيته فالفساد
 الذي يتسبب في الغشاء المخاطي والمسار يقا من التهاب الاجربة يكون
 انقل مما يسببه التهاب الخلل وذلك لانتاشاهدنا ان التهاب الخلل لا يحصل
 منه عادة الاحتقان وتلون وثة ص في قوام الغشاء المخاطي وفي بعض الاحوال
 تأكل وتقرح في هذا الغشاء والفساد الذي يسببه التهاب الاجربة يكون
 انقل من ذلك في الابتداء يتنفخ الغشاء فتظهر هيئة صفايح شكلها
 يضاوى محدود وتكون اوسع واسمك واكثر عددا كلما قربت لنهاية اللقائي
 وهي مكونة بالنظر لمنظرها من اجربة كبر حجمها ويوجد في فتح الجثة كل
 من هذه الاعضاء الصغيرة مملوءا بخياط كثيف او صديد او مادة جبنية وقضاتها
 هي النقط التي تشاهد منضغطة على الغشاء ثم فيما بعد يزيد سمك هذه الصفايح
 وبعض الاجربة سواء كان منعزلا او في مركز الصفايح او متراكما على بعضه
 يكتسب نموا عظيما فيكون على شكل ثور مستديرة غالبا واحيانا تنفقع
 من سطحها ويتكشف مركزها تارة عن لون وردي واسود من الاحتقان وتارة
 عن سطح منتقع او احمر فطري رخو محاط بهالة النهائية وحجمها يختلف
 من عدسة الى ما يكون طوله قيراطا او قيراطين وعرضه نصف قيراط
 وكل جراب يتحول الى قرحة صغيرة او مختلط بجملة من تلك القروح ببعضها
 وفي هذه الحالة الاخيرة تكون حافة القروح مقطوعة بانحراف ثم تارة تكون

مستديرة وتارة غير مستديرة وهي متكونة من الغشاء المخاطي نفسه واحيانا من البريتون واحيانا يوجد في عمق القروح وحوافها او عية بعضها تالف وبعضها سليم ولذلك رأينا كما سبق في العلامات انه قد يحصل منها نزيف مهلك فتوجد الامعاء ملوثة بدم اسود سائل تن واحيانا يسقط الجراب المنفتح في الغنغرينا وينفصل حينئذ على هيئة ام القيح الخارجة من دمل وقد تنفصل الصفيحة المنفتحة كلها على صورة خشكر يشة واحيانا يصاب جزء من الغشاء المخاطي نفسه بالغنغرينا وتبقى الاغشية الاخرى للمعاسلية وكثيرا ما يوجد المعامقوب بسبب هذه الغنغرينا ولكن الغالب وجدان القروح وحدها والغشاء المخاطي بين الحبوب او البثور والقروح يكون احيانا منتهع اللون كما في حالة السلامة واحيانا يكون شديد الاحتمقان وفي مدة حصول هذا الانخرام تترك العقد الماسارية المقابلة للاجربة الملتببة في هذا الالتهاب فالوايزيد حجمها وتكسب لونا ورديا ثم لاتزال آخذة في ازدياد الحجم وشدة الاحرار وتقص قوة التماسك ثم بعد ذلك يتقص حجمها وتلين وبصير لونها كدردي النبيذ ولم تلبث قليلا حتى تصير ليلية ملونة باللون المذكور واذ اطلال زمن الالتهاب حصل في معظم تلك العقد ضهور ومنها ما يتحول الى ايكاس بعضها يوجد فيه مادة شبيهة بصديد مخلوط بدم وبعضها مادة بيضاء زبدية وبعضها صديد متجمد درني وحجم هذه العقد يختلف حتى ان منها ما يبلغ بيضة حمامة

وفي تلك الانخرامات يتضخم لك ثقل اعراض الالتهاب المعوي الجراحي واذا تأملنا في الاشتغال بالوظائف التي تنمها الغشاء المخاطي المعوي وفي التأثير العظيم الذي تفعله الاعضاء الرئيسة منه في الصحة او في المرض وشهود ان الالتهاب المعوي الخفلي ينتج عنه باتفاق جميع الاطباء اعراض ثقيلة مع انه يصح ان يقال فيه انه سطحي نظرا لمحل الخلل من الغشاء لم يستغرب من تعمق الالتهاب في نفس هذا الغشاء اى من الفساد الناشئ منه لما ان الاجربة نافذة في جميع سمكه بل معظمها فاطن في الغشاء اللين الموضوع تحته فن ذلك

كله تحدث العوارض الثقيلة التي تصاحب المعوى الجراحي ومعظم الاطباء الذين كتبوا على هذا الداء كالطبيب بنيت وسير وغيرهما يجعلون التغير المعوى منشأ لجميع العوارض فيكون العنصر المهلك ناشئاً من المعاومات حتى الهب أولاً العقد الماسارية ثم افسد عموم الاجزاء الصلبة والسائلة واما بريطونوس الذي هو اول من عين مجلس الالتهاب في غدد سير وصفحات برونيرو اعنى في الاجربة المخاطية فجعل لهذا الالتهاب طبيعة مخصوصة كالجدري مثلاً وسماه يثور الامعاء او ازرا الامعاء وقال انه داء في جميع البنية مع اصابة خاصة للمعا او نقول وهو الاحسن مع آفة في الاجربة المنعزلة او المتجمعة المنتشرة في الثلث الاخير من اللقائي وهو داء يعصبه اندفاع معوى لانه مرض مسبب من هذا الاندفاع لانه لا يمكن ان تخصص وحدها الظاهرات المرضية التي يقوم منها عن الالتهاب المعوى بدون ان يقع الانسان في خطا فاحش ثقيل انتهى وتابعه على ذلك فلبوس وتروسو وكروفلير وغيرهم قال الطبيب روش ومع كل ذلك عندى غلبة يقين على ان جميع الاعراض للمعوى الجراحي ناشئة من آفة معوية وينبغي لاجل منع الرأى المخالف ان يفرض كما قاله بريطونوس ان للداء طبيعة مخصوصة ولذلك تيسر ان يولد بالاختيار في الكلاب بان يغذون بلحوم عفنة ولا يسقون الماء الفاسد التني ويقهرون على المكث في الاماكن المظلمة الرطبة التي هواءها ممتلئ من الاجخرة الرديئة الفاسدة لآتية من اغذيتهم العفنة وفضلاتهم القذرة ومع كل ذلك قال بعض المحققين لا بدلتاً كيد هذا الرأى المقبول الآن من ابحاث جديدة

وقال بليار من المعلوم ان التهاب الجهاز الجراحي يحصل منه في البالغين اعراض مشابهة للاعراض التي ذكروها للحمى العفنة والدقية وذلك في الحقيقة هو ما اثبتته بنيت وسير سابقا واثبتته عن قريب بريطونوس والملاحظات التي اشتهرت عموماً تقوى هذا الرأى ~~لكن~~ ليس مثل ذلك في الاطفال الصغار من كل وجه فاني في عشرين حالة من التهاب الجهاز الجراحي المعوى في اطفال سنهم من بعض ايام الى شهرين لم اشاهد الا الاعراض الاعتيادية

للالتهاب

للالتهاب المعوى ولم يكن معهم زيادة على ذلك تضاعف مخي ولا اعراض
منسوبة للعفونة مع انه يوجد في جشهم الاكاث التشرىحية التي توجد في جث
البالغين بخلاف الاطفال المتقدمين في السن فان هذا الداء يشابه فيهم ما يوجد
في سن متقدم عن ذلك ولذا كرمشالين يعلم منهما هذا الفرق ويعلم منهم ايضا
الاكاث التشرىحية المنسوبة لهذا الداء وقد ذكرنا معظمها بل كلها قريبا
احدهما اطفال اثني عمرها اربعة وعشرون يوما دخلت المارستان في السادس
والعشرين من جنفيرو وكانت منتقعة اللون وفيها بعض هزال واعتراها
منذ يومين اسهال مواد خضراء زائدة الكثرة وكان البطن متورئا تألم بالضغط
عليه واللسان احمر في طرفه وشديد الجفاف في قاعدته والجلد شديد الحرارة
والنبض كالحالة الطبيعية (والعلاج الارزالمصغ وضما على البطن والجمبة)
وفي السابع والعشرين تقيأ الطفل مشروبه ولم تزل حالته العامة كما سبق وصار
يأخذ في الهزال تدريجيا وفي اليوم الاول من فوريير كاد ان يتقطع ودام
الاسهال و تور البطن والهزال وظهرت غضون كثيرة في اصل الانف والسحنة
التي كانت الى الان غير دالة على شيء صارت معلنة بالالام وفي الثامن كانت الحالة
العامة كالسابق وتقدم الهزال ودام الاسهال وصارت مواده مصفرة واحيانا
مخضرة (العلاج الارزالمصغ والاستحمام) ومن الثامن الى السادس عشر كان
سير الاعراض سر يعا وحصل هبوط تام زائد وتقرع في الخدين وبروز في عظم
الوجنتين كما في العجايز وكرشت الجبهة شكاميش كثيرة وصار الجلد كالخا
ترايسا والصباح ضعيفا جدا وحصل الموت في التاسع عشر وفي فتح الجثة
في اليوم التالي وجد ظاهرا الجسم منتقعا مهزولا جدا في جميع الاجزاء ووجد
القم والمرى سليمين والمعدة فيها تلون وردي قليل ووجد بعض حروز حمر
مستعرضة في محاذاة الاصمة البارزة في المعال الدقيقة حيث وجد هنالك ازرار
كثيرة حمر بارزة وبعض منها ابتدأ في التقرح من قته ووجد ثمان ضفائر جراحية
شديدة الانتفاخ والاحمرار في آخر اللسان والصفيرة التي هي في نهاية هذا المعال
فيها بعض سلوخ وتدم على سطحها المغطى بمادة مخاطية متمسكة لزجة

وأما الاعور فسلم ووجد في آخر قولون حروز حمراء عديدة متقاربة ومواد
مخاطية صديدية الشكل ملتصقة بسطح الغشاء الباطن ووجدت الكبد
مسودة ومملوءة بالدم الأسود الكثيف والمرارة محتوية على صفراء مدمية سائلة
والحافة الخلفية للثة اليمنى محتقنة بالدم والمخ شديد الاحتقان وجوهره
شديد الوردية وبطونه محتوية على مصل كثير وقد علمت ان هذه الطفلة
لم يوجد فيها حال الحياة الا اعراض الالتهاب المعوي لا غير بخلاف المشاهدة
الآتية كما سترى

المثال الثاني طفل عمره ثلاثة عشر شهرا دخل المارستان في الثاني عشر
من سبتمبر وكان معه منذ ايام اضطراب وسهر بحيث لا ينام وكانت حدقته
متسعة واللسان احمر جافا والجلد شديد الحرارة والتبض زائد السرعة ولم يكن
منه اسهال ولا قيء (علاجه شعير مصمغ وحمام قدمي مخدر ولضعاد على البطن
وثلاث علقات على القسم المعدي) وفي الثالث عشر عرض اسهال كثير لمواد
خضراء سائلة وكان في البطن قليل تورق ولصباح المريض بحيث يظهر
ضعفه وهبوطه ومن الثالث عشر الى العشرين لم يحصل تغير في الاعراض
وفي الاحد والعشرين قلت كثرة الاسهال وعرض بعض تقاين وفي الثالث
والعشرين تعب التنفس وحصل للطفل انخفاط وتعب يعسر شربه وعبس
وجهه وتكررت جبهته تكرشا كثيرا حتى صار ذلك باقيا بعد التصياح ايضا
وظهرت دائرتان حمراوان على جناحي الانف وصار التبض يضرب من تسعين
الى مائة في الدقيقة وفي الرابع والعشرين كانت الحالة العامة كما ذكر وصارت
مواد البراز تنتن جدا والطفل لم يزل هابطا ساقطا في الذبول وضعف نبضه
ضعفا محسوسا مع ان الجلد لم يزل حافظا لحرارة شديدة وفي الخامس والعشرين
زاد الضعف وانخفاط القوى وصارت السحنة اي وقراطية وحصل اضطراب
تشنجي في مكة العين وصارت لدغات العلق بنفسجية وتقرحت وسال
من مركزها صديد مدم ومات الطفل في مساء السادس والعشرين وقتحت
جنته في صباح السابع والعشرين فاما مظهره في علوه الذبول والانتفاخ العام

وكان معه في العجز خشكر يشة واسعة تبلغ نصف الريال الفرانسا ووجد القم
والمرىء سليمين وفي المعدة احجار خفيف وفي الاثنى عشرى واللغائني عدد كثير
من غدد حمر منتفخة وبعضها مفتوح القم وفيه تقرح سطحي في المر ^كز
ووجد في آخر اللغائني ثلثا عشرة ضفيرة جرابية شديدة الاحمرار والانتفاخ
وفي قولون والاور كثير من اجربة منغزلة في حجم حب الشهدانج وبدل
ان تكون حمراء كفي اللغائني كانت محاطة بدائرة مزرققة والجهاز الدوري
والتنفسي ليس فيه شيء عظيم الاعتبار ووجد المخ محتقنا وفي بطونه بعض مصل
متكدر واما النخاع فسلم

قال بليار قد اخترت هذين المثالين من امثلة كثيرة اجتنيتهما لان فيهما بالنظر
للاعراض تحالف ونضاد عظيم الاعتبار مع ان بينهما تشابه واضح بالنظر
للاوقات التشريحية ^لكن اختلاف السن في الطفلين يوضح يقين الاختلاف
الاعراض فاننا شاهدنا ان اعراض التأثير الثانوي اعنى الاعراض التابعة
الاشتراكية تكاد ان تكون معدومة في الاطفال الصغار وان كانت الافة فيهم
عظيمة الثقل ولكن كلما تقدمت الاطفال في السن شوهدت تلك الاعراض
المنسوبة لهذا الارتباط الاشتراكي الموجود بين الاعضاء المختلفة من الجسم
وسنوضح جيد ذلك عندما نتكلم على امراض الجهاز الخفى الشوكى ويكتسبنا
هنا من ذلك ما ذكرناه

وقد نتج من الامور الواقعة ومن الاعتبارات التي ذكرناها ان الالتهاب المعوى
الجرابى لا يتميز اعراضه عن المعوى الاعتيادى الا في الاطفال المتقدمين
في السن اما المولودون قريبا فالتهاب الغدد المخاطية للقناة المعوية فيهم
وان ^ككان كثيرا لا يحصل منه اعراض عظيمة الاعتبار في سيرها وصفاتها
الخاصة ومضاعفاتها ولا يحصل منه العوارض المخصوصة التي يقوم منها
الداء المسمى عند سير وبنت بالحنى المعوية المساريةقية وعند بريطونوس
بالازرار المعوية الا في الاطفال الذين سنهم سبعة اشهر او ثمانية الى عشرة
تقريبا والالتهاب المزمن لهذا الجهاز الجرابى يشاهد فيهم احيانا لكنه نادر

في الاطفال الرضع ويعرض هذا الالتهاب خصوصا اذا كان هذا الدردن في الرئة
والتهاب واحتقان وفساد في الغدد الماسان يقية

النوع الرابع

الالتهاب المعوى مع فساد في المنسوج

نذكر في هذا القسم اللين الالتهابي في الامعاء وغنغرينتها ولا يشتبه عليك اللين
الالتهابي باللين الابيض للغشاء المخاطي المعوى فان الاول هو الذي نحن
بصدده الآن فاذا مكث الغشاء المذكور مدة طويلة محلا لالتهاب نتج
من تنبهه بذلك ان الدم يبقى مسموكا في منسوجه وفي المنسوج الخلوى الموضوع
تحتة فيكتسب ذلك الغشاء اولا درجة عظيمة في سهولة التمزق بحيث
يسهل جدا تمزقه بالظفر فاذا بقيت درجة ذلك التمزق فيه زمنا طويلا بسبب
طول مدة فيضان الدم تلف ذلك الغشاء بحيث يكاد ان لا يوجد فيه اثر تركيبه
الغشائي فاذا اجتهد في فصله عن غيره من الاغشية وجد هلاميا لبنا محمرا ويذهب في
ان يعتبر هذا الفساد عظيم النقل جدا خصوصا اذا كان شاغلا لسعة عظيمة
من المعاء قال بليسا روجمى الاطفال الذين هم موضوع مشاهداتى في ذلك
كان معهم مدة حياتهم اعراض الالتهاب المعوى العظيم النقل لكن لم يكن
هناك علامة مخصوصة في الظاهر يعرف من طبيعتها وجود هذا التغير فاذا
اظن انه لا يلزم ان نذكر هنا امثلة ومشاهدات لذلك وانما يكفينا الشرح الاعتيادي
الذي ذكرناه سابقا مرات كثيرة لاعراض الالتهاب المعوى الذي يكون هذا اللين
من انتهااته المحزنة

وغنغرينا الغشاء المخاطي المعوى تستدعي مزيد الاعتناء وتظهر على هيئات
مختلفة فمن ذلك قد تتغنغرين بعض قروح في القسم الثاني الاعورى قسود
حواشيها وكنها مدهونة بهباب كما يشاهد ذلك احيانا في القلاعات
المتقرحة من الفم وقد تتقرح بعض محال محدودة من الغشاء المخاطي وتتغنغرين
بدون ان يسبق ذلك التقرح التهاب خالص وانما يتبدأ كما شاهدته كلوكيه
بالكيفية الآتية وهو ان يظهر خط مسود يتغير الغشاء المخاطي حوله الى اب

سبحاني

سجاني والخشكر يشان التي تتكون حينئذ تسقط فينتج من ذلك قرحة خوافها
مقطوعة بانحراف وعمهها قد يفسد بحيث يسبب انتقانا تاما وهذا العارض
ثقيل جدا لانه قد يحصل منه انصباب مواد معوية في البطن لكن قد يتفق
ان يحصل حينئذ التصاق سريع بين الامعاء فيمنع حصول هذا الانصباب
كما ذكر ذلك بكلار وكوكيه قال بليار ولم اعثر على مشاهدة هذا النوع من
التقرح الغنغري في الاطفال الرضع مع ان كوكيه شاهد ذلك في الاطفال
الصغار في السن جدا واما الغنغريسا التي تحصل من افراط الالتهاب وتشغل
سعة من المعاء فتختلف في الاتساع فقد نشاهد في الاطفال الصغار جدا ولندكر
مثالا من ذلك عظيم الاهتمام في مولود شوهد معه مدة حياته الاعراض
التي تنسب للدوسنتاريا وهو هذا

(التهاب معوى وغنغريسا قولون) طفل انثى عمره تسعة ايام صغير البنية
ضعيف دخل المارستان في اليوم السابع من نوفمبر ومعه احرار عام في الجلد
واتساخ اودنماوى في الاطراف مع ان حرارة الجلد طبيعية وليس في صياحه
تغير والنفس منتظم ويضرب في الدقيقة ثنتين وتسعين وحصل له اسهال كثير
من مادة مخضرة وشوهد معه احرار شديد حوالى الشرج وكان في البطن
بعض انتفاخ وفي الثاني عشر تخططت المواد الخضراء للاسهال بخطوط دموية
واحيانا بمواد مسودة زرقية واما الحالة العامة فكانت كما سبق (علاجه
الارز المحلى وحقنة نشائية ولبن ممزوج) وفي الثالث عشر نقص انتفاخ
الاطراف وصار الوجه منتعشا وانجذب مجمع الشفتين الى الخلف اى الوحشية
وتكرشت الجهة تكرر شاميقا وكذا ما حوالى اصل الانف وصار النبض
ضعيفا صغيرا للغاية والاسهال مخضرا دمويا مستداما كثيرا وسال من فمه زبد
مبيض وفي الرابع عشر تبرز الطفل مقدارا عظيما من الدم وصار وجهه هزبلا
كالخامع الغنغري وتقيأ المشروبات التي كانت تعطى له وسواها ايضا مواد مخاطية
رغوية وبردت اطرافه واصفرت وتكرش بطنه وصارت نبضات قلبه
في غاية البطئ ومات في المساء مع خروج مقدار عظيم من دم اسود سائل

وما قُتبت جنته الا في اليوم التالي فوجد في ظهره واليتيه جله اكدام وعلى
لسانه طبقة مخاطية مصفرة مع احتقان شديد في المريء واجرار نكتي في المعدة
ووجد الاثنى عشرى في الحالة الاعتيادية وفي نهاية اللقائى احمرار شديد
مع اتفاح ونهولة تمزق في المنسوج المخاطى وتصدع دموى على سطحه واما
الغشاء المخاطى للاعور وقولون فكان عظيم الاعتبار بسمو كته واجرار
الشديد ووجدت سعته كلها مغطاة بالدم ولما ازيل هذا السائل وجد منظر
الغشاء خشنا ينضج من سطحه الدم وذلك السطح محرز بشكاميش عديدة يوجد
بينها خطوط عميقة منسلخة مسودة كالحرقلة بالجنس التريك وما عدا هذه
الحزوز المسودة يوجد ايضا في محال مختلفة من قولون عدد كثير من نكت او كدم
منظرها كذلك وكان الغشاء المخاطى في محاذة هذه النكت لينار خوا بجيت
انه اذا حلك بالاصبع صار على هيئة لب هلامي وكانت هذه الهيئة ايضا عظيمة
الاعتبار في المستقيم الذى وجد مترا كفايه مقدار عظيم من دم مخلوط ببقايا
غشائية مسودة كالخشكر يشات التى ذكرناها وانتشر من هذا المعاراةحة
غفرانية واضحة جدا ووجدت الكبد محتقنة بالدم والرئتان سليمتين
والقنوات الجنينية مفسدة والمخ شديد الاحتقان

فالمرعى القولونى وصل لاعلى درجة في هذا الطفل وغنغريتا المعاء كانت يقينا
نتيجة التهاب وفيضان للدم فيه وكان الهبوط العام والتزيف المعوى هناهما
الصفات المخصوصة بهذا الالتهاب المعوى الذى كان معه ايضا الاعراض
الاعتيادية لالتهاب الامعاء

فقد ذكرنا باختصار جميع اصناف التهاب الامعاء في الاطفال وذكرنا حسب
الطاقة الاعراض الخاصة بكل منها وبقي علينا الآن دراسة التهابات الغشاء
المخاطى للمعاء بالنظر لمجسها فاعلم انهم من قديم الازمان ميزوا امراض المعاء
الديقيق عن امراض المعاء الغليظ فقد ذكر سلسوس ان هذا التمييز حصل قبله
من الطبيب ديوقليس الذى كان من تلامذة بقراط ونحن اذا قسمنا امراض
التهاب المعوية الى قسمين كان ذلك اسما عمنالطريقة التى اسس عليها القدماء

من الأطباء اراءهم ومشاهداتهم والمهم لنا هنا هو البحث عن مسئلة وهي هل
يسهل ان يميز مدة الحياة في الاطفال الصغار التهاب المعال الدقيق عن المعال
الغليظ والجواب عن ذلك يكون بالامور الواقعية والملاحظات قال بليار
اول ما اقول انه لم يتيسر لي ان اضح في الاطفال الرضع فرقا طامعا بين التهاب
الاثني عشرى والتهاب الباقي من المعال الدقيق فاذن نسمى تسمية عامة
بالمعوى التهاب جميع المعال الدقيق ونسمى بالقولوى التهاب المعال الغليظ ولقد
شاهدت ثمانين مثالا من التهاب القناة المعوية مع غاية الاتباء منهم ثلاثون
مثالا من المعوى القولوى وستة وثلاثون من المعوى فقط واربعة عشر من
القولوى فقط

ففي عشرين من الثلاثين مثالا من المعوى القولوى كان هناك اسهال مواد
مصفرة واحيانا مخضرة والعشرة الباقية لم يكن فيها اسهال وشوهد
في الجميع انتفاخ البطن الذى كان يتألم كثيرا او قليلا بالضغط وكان في اثني عشر
من هؤلاء الثلاثين طفلا تقاوى مواد مصفرة مع انه لم يكن معهم التهاب معدى
وكان في الجميع حول النرج احمرارا يتباوى مختلف الشدة مسبب بقينا
عن كثرة ملاسة المواد الثقيلة وكثيرا ما كان اللسان احمر جافا والجلد شديد
الحرارة كثير التكرش واما النبض فكان من النادر ارتفاعه الى الدرجة التى
تدل عادة على الحمى بل كثيرا ما كان ضعيفا بطياً

واما الستة والثلاثون مثالا التى كان فيها المعال الدقيق هو الملتب باى نوع كان
من الالتهاب فكان مع عشرين منهم تقاوى سواء للمشروبات او لمواد معوية
وفي خمسة عشر طفلا من هؤلاء العشرين اصحاب القى كان مجلس الالتهاب
في القسم اللقائى الا عورى بل وفي الصمام الذى بينهما بحيث يمكن ان يكون
الانسداد والانتفاخ في هذا الصمام هو السبب لا تقطاع سير المواد المعوية ونجى من
ذلك القى وكان البطن دائما منتفخا الا عند ابتداء الداء وكان في خمسة وعشرين
مثالا اسهال مواد مصفرة وكثيرا ما كانت خضراء شبيهة بالقي وكان اللسان
احمر والجلد حاراً والنبض قليل الاضطراب الا في طفلين مقدمين في السن كان مع

أحدهما التهاب شديد في الأجرية المخاطية وشاهدت أيضا أجرا شديدا حول
الشرح في الجميع

وفي الأحوال الأربعة عشر القولونية كان هنالك دائما اسهال وكان انتفاخ
البطن في الغالب أقل عظما وما رأيت من هؤلاء الأطفال من تقاها بالاستسنة
وكثيرا ما شاهدت فيهم اضطرابا عظيما وجفا فازائد في الجلد الذي كان في الغالب
باردا مستقعا ولم يرتفع النبض كما كان في الأحوال السابقة

وهؤلاء الثمانون طفلا الذين هم موضوع هذه الأبحاث كان سن معظمهم
من يوم إلى ستة أشهر وبعضهم من ستة أشهر إلى سنة ونتج عما ذكرنا أنه يعسر جدا
أن يميز في الأطفال الرضع التهاب القناة المعوية بعضها عن بعض لكن يظهر
أن العلامات الخاصة للالتهاب المعوي هي الانتفاخ العظيم السريع للبطن
والاسهال المصحوب بالقيء أما في الالتهاب القولوني فأكثرا ما يكون هو الاسهال
وحده بدون انتفاخ في البطن

واجتماع الالتهاب المعدى مع المعوي المسمى جميع ذلك بالالتهاب المعدى
المعوي يكثر جدا في المولودين جديدا أو تسلطن الأعراض الخاصة بالالتهاب
المعوي التي شرحناها سابقا ربما دل وحده على وجود هذا التضاعف
وحيث لم يتيسر لنا أن نذكر بالضبط جملة الأعراض الخاصة بكل جزء من أجزاء
القناة الهضمية فلنكتف بتفصيل الأسباب والأعراض والتغير الاعتيادي
لالتهاب الغشاء المخاطي للأمعاء عموما فنقول

الأسباب: الاحتقان القناة المعوية عند الولادة أو سهولة احتقانها وصيرورتها
مجالسا لامتلاء عظيم متى عرض أدنى تكدر في سير الدم في الأوعية الصدرية
أو البطنية وازداد اغذية قوية التنبيه أو كثيرة التغذية أو عسرة الهضم
وشدة الفاعلية الوظيفية المتع بها الجهاز الهضمي لكون ممارسة هذا الجهاز
عظيمة الاهتمام في الطفل الذي يحتاج بالذات لأن يتغذى ويجهز للأعضاء
المختلفة العناصر القوية اللازمة لتغذيتها هذه هي الأسباب لالتهاب القناة
الهضمية في الطفل وشدة فاعلية هذه الأسباب المرضية تتضح منها كثرة أمراض

الجهاز الهضمي في المولودين فاكثرا لأمراض المعرضون لها واعظمها خطرا هي هذه الأمراض ولذلك يلزمنا غاية الاتباء واليقظ لكيفية تغذية هؤلاء الاطفال الرضع وتنظيمها على وجه مناسب ثم ان امراض القناة الهضمية قد لا يوجد في ابتدائها صفة النهاية قاطعة فانها كثيرا ما تكون في الابتداء مجرد احتقان ضعفي غير ان مكث الدم في منسوج الغشاء المخاطي يعرض يقينا للالتهاب كما يشاهد ذلك ايضا في الشيوخ والاشخاص المصابين بامراض القلب والاورعية القليظة

الاعراض ~~ب~~ اعراض امراض القنوات الهضمية في المولودين ~~تكون~~ غالبا موضعية ولا يحصل من تلك الأمراض الاعراض الاشتراكية التي نشاهد في مثل ذلك عند البالغين الا اذا تقدم الطفل في السن ولذلك يلزم ان نوجه انتباهنا بالاكثر نحو التكدر العارض في الوظائف الهضمية اذا اردنا تشخيص امراض الامعاء قالني يكثر جدا في الالتهاب المعوي الان فيه خصوصية وهوان مواده تكون غالبا مصفرة رغوية ولا يعرض عقب ازدياد المشروبات حالا والاسهال يحصل غالبا وتكون مواده خضراء او مصفرة ولا يكون مصليا الا نادرا وفي هذه الحالة يكون في الغالب ناشئا من زيادة افراز مسبب عن فاعلية وظيفية وتقوم رضى عرض في الجهاز الجراحي للامعاء ومن العلامات المهمة الغالبة انتفاخ البطن وتوتره وتألمه من الضغط ويضم لذلك احمرار اللسان وجفافه وحرارة الجلد الان ذلك الجلد في نهاية الداء يصير باردا جليديا وتعمام العلامات ارنيميا في الشرج والجلد المحيط به فهذه هي الاعراض الاكثر وجودا في الالتهاب المعدي المعوي والالتهاب المعوي والالتهاب المعوي القولوني

وفي مدة تتابع هذه الاعراض واخذ الداء المسبب لها في التقدم يسقط الطفل في ذبول تام ويكتسب الجلد منظر اترابيا كالحما ويظهر رسم التنتوات العظمية اكثر من العادة وترزول الصكرات الشحمية من الوجنتين فيتقعر الخلدان وتخشف العينان في الجحاجين كما يحصل ذلك في العجائز ويكون منظر الوجه

ايضا كوجه الجبار مع ان ذلك لا يشاهد في البالغين وهذا ناشئ ولا بد من عدم وجود الاسنان فتغير السحنة فيهم وكذلك كما في الجبار من تعرية عن اللحم فتعلن بهيئة لا توجد في البالغين وترسم ايضا في الوجه تخاطيط كثيرة مخصوصة سنشرح في مقابلتها بالتخاطيط التي ذكرها يدلون في الاطفال المتقلمين في السن

فالطبيب يدلون سمي بالتخطيط الاتني للتخطيط الذي يرسم وحشي جناحي الانف ويعانق محيط العضلة المستديرة على الشفتين وبالتخطيط الخدي التخطيط الذي يمتد من مجمع الشفتين حتى يفتي في الجزء السفلي من الوجه واعتبر كلا من هذين التخطيطين عرضا للآفات البطنية وهذه العلامات تشاهد ايضا في الاطفال الصغار جدا الا انها ليست فيهم بغاية الضبط وذلك لان مجمع الشفتين كما ذكرنا في المشاهدات السابقة يجذب الى الخارج اى الوحشية فينتج من ذلك ثنية في الجلد تختلف في البروز وترسم من خارج العضلة المستديرة بالشفتين وتتكون ايضا ثنية شبيهة بالتخطيط الخدي تبعد من الشفة السفلى نحو الذقن الا ان مشاهدة هذا التخطيط اندر من السابق وهناك ثنيات اخر توجد دائما في الامراض البطنية بل وفي جميع الاحوال التي يحصل للطفل فيها الآلام شديدة وهي التي تشاهد على اصل الانف والجبهة فجلد هذا الجزء يكتسب في الامراض البطنية المصيبة للاطفال الصغار جدا منظر تكرش وتقطب واضح الصفات وهذا العرض لا ينبغي اهماله فاني اجد دائما موافقة وجود هذه التكاميش الغير المنتظمة المرسومة على جلد الجبهة لوجود التهاب القنوات الهضمية واجتماع هذه التخاطيط يعطى لسحنة الطفل الهيئة المشهورة عند العامة بالوجه المقطب وتكون دائما علامة التهاب معوي او معدى معوي شديد جدا

العلاج * القواعد العامة لعلاج التهاب المعوي والمعدى المعوي ينبغي ان تؤسس على الاعتبارات التي لاحظناها في هذا الفصل فقد شاهدنا ان الاحتقان الدموي البطني يكون في الغالب السبب الاصل لالتهابات القناة

الهضمية فاذا تولى الطبيب لمقاومة التهاب المعوى في ابتدائه لا ينبغي ان يهمل
 وضع علقمة او علقتين على الشرج خصوصا اذا كان في الطفل علامات امتلاء
 دموى والاقتصاد في الرضاع لازم ضرورى اى الامتناع منه ويبدل الارضاع
 باستعمال المشروبات اللعابية الملوقة كطبخ الحطمية المحلى بالسكر وما
 الشعير المقشر المعزج باللبن او الغير المقشر المحلى او نحو ذلك فاذا ظهر ان الطفل
 كثير التالم وكنا اسهاله كثيرا جدا جاز ان يؤمر بالحقن من مطبوخ النساء الذى
 يضاف عليه اربع نقط اوست او عمان من اللودنوم ويلزم غاية الاحتراس
 فى اعطاء هذه المركبات الايونية للاطفال لان تأثيرها فيهم اقوى من تأثيرها
 فى الكبار البالغين بل يظهر ان خاصة الامتصاص فى مستقيمهم اعلى درجة
 منها فى البالغين قال بليارد شاهدت كثيرا من الاطفال عمرهم من ثمانية
 ايام الى اثني عشر حصل لهم ما يقرب من الخدر بسبب استعمال ست نقط
 من اللودنوم فى حقنة ويكنى ثلاث اواق او اربع لنصف حقنة فى الاطفال
 الصغار واما المقدار الكبير فيمدد امعاءهم زيادة عن القانون ويحوج
 لاستفراغ السائل قبل ان تحصل منه الخواص الدوائية وينبغي خصوصا
 ان لا يهمل وضع الضمادات على بطن الاطفال المصابين بالالتهاب المعوى
 وكثيرا ما تستعمل الاستحمامات المرحية فانها تسكن صياحهم والامهم
 فيهدوون ويسبتون ويشامون متى غمسوا فى حمام ولـكن لا يكثر من
 من استعمالها وينبغي ان ينظم مع غاية الاتباء ساعات الارضاع ومقداره
 وقبل ان تترك محبث التهابات الغشاء المخاطى المعدى المعوى نبش عن مسئلة
 لا بد من ايضا حها وهى هل يعالج المغص الذى يعترى الاطفال بعد الولادة
 بكثيرا وقليل كعلاج التهاب فى القنوات الهضمية ام لا قال المؤلف واطن ان هذا
 للمغص والقولنج نشأ من جملة اسباب مختلفة فاولا عسراول الاستفرانات
 التظلية فان احتباس العقي مثلا قد يسبب فى الطفل آلاما شبيهة بالآلام التى
 تحصل من امسالك طويل شاق بحيث لا يخرج شئ من البراز وذلك هو
 ما شاهدناه فى الاطفال الذين ولدوا غير مثقوب فيهم الشرج فيلزم فى هذه الحالة

ان يجتهد في تحريض استفراغ هذه المادة بان يؤمر للطفل بالحقن من زيت
الزيتون او زيت الخروع قدر همان من هذا الزيت مثلاً يكفيان لاوقيتين من ماء
فاترو يمكن ايضا ان يدخل في الشرج شيا من الصابون ومن المناسب حينئذ
بل هو الاولى من غيره ان يعطى للطفل ملعقة او ملعقتان صغيرتان من شراب
الراوند والشكوريا وثانيا انى فتحت جثث كثير من الاطفال الذين
كان معهم بعد الولادة هذا المغص فكننت اجد فيهم غالباً اما احتقان عظيم
في القناة المعوية واما التهاب وهو الاكثر بحيث يقرب للعقل ان الالام البطنية
والاضطراب والصياح المنسوب عن ذلك انما كانت نتيجة التهاب الامعاء
وثالث ان المغص قد يسبب من ابلوس اى رب ارحم او من التهاب بريتوني
فنتج من ذلك انه لا يمكن ان يوضع علاج عام لمغص المولودين جديداً لان السبب
المحدث له يختلف كثيراً ومع ذلك يظهر ان الاطفال قد تكون موضوعاً
لبعض تشنجات في المعاء والمؤلفون اهتموا الكلام على الالمها في كتبهم
ومن المغم ان معظمهم بل كلهم لم يعقب شرحها بفتح الجثة وهانحن مجتهدون
في البحث عن هذا الموضوع في فصل مخصوص

البحث الرابع في تشنجات الامعاء

الامعاء بعد الولادة تصير احياناً مجلساً لقابلية تهيج عظيمة فتصاب بالام
عصية او بتشنجات بسببها تتكرر الوضائف الهضمية دفعة واحبانا تعرض
تشنجات عامة او حركات تشنجية في الاطراف والوجه وكثيراً ما لا يمكن
معرفة السبب لهذا العارض الذي يتقطع سريعاً ثم يظهر مع شدة جديدة
في زمن بعيد بكثير او قليل عن الظهور الاول للاعراض وتلك الاعراض
هى انتفاخ البطن والصياح الحاد وانتفاض الوجه وتيبس الاطراف وتآلم
البطن من اللمس وانقطاع التبرز ويعرض احياناً في قال بليدار قد شاهدت
اطفالاً اعتراهم هذا المغص العصبي مدة الارضاع كله فكانوا يتركون الندى فجأة
ويصبحون صياصاً شديداً او تنتفخ بطونهم دفعة ولا يتقطع اضطرابهم الا اذا خرج

من شر جهنم ربح كثير

ولقد الف الطبيب الامير في باريس فصلا عظيم الاهتمام في هذا الموضوع قال فيه يقرب للعقل ان مجلس هذا الداء التشنجي في الامعاء وخصوصا في اليافها العضلية فالاطفال يحصل لهم غالباً تخفيف عظيم من خروج الغازات التي تكون في القناة المعوية بحيث كان فيها احيانا استسقاء طلي حقيقي ففي حالة من ذلك شاهدتها سنة ١٨٢١ عيسوية مات فيها الطفل ومجنت في جثته على سبب دائه فوجدت ماسياً وكان عمر هذا الطفل خمسة اشهر تقريباً وابتأت فيه التشنجات دفعة وكانت لاتدوم الا زمناً يسيراً ومتى ذهبت رجع الطفل حالاً للعبه وانشراحه الاعتيادي وكانت في الابتداء مدة فترات التشنجات بعض ايام ثم لم تمكث قليلاً حتى صارت تلك التشنجات كثيرة بل كان الطفل في فتراتها يحصل له بعض تشنجات جزئية فوضع له العلق مرتين على الرأس والحرار يرق خلف الاذنين فحصل من ذلك تخفيف وبقى ومع ذلك مات الطفل ولم تفتح جثته وجد معظم الامعاء الدقاق منقبضاً بدون انتظام وتحول قطر المعدي في بعض المحال الى سعة ريشة اوزة ومحال اخر كانت كأنها منسدة مربوطة برباط وكان التراب مكبباً على قوس قولون وبقيت اعضاء البطن ليس فيها شيء واما المخ فلم يفتح انتهى

قال بليار ومن الواضح انه كان مع هذا الطفل انقباضات تشنجية في القناة المعوية ومن المنع عدم فتح المخ لانه ربما وجد فيه سبب الافات التشنجية التي في الامعاء فتكون اصابة هذه الامعاء ثانوية وظهور الغاز في الامعاء كثيراً ما يحصل منه في الاطفال عوارض تشبه تقريباً العوارض التي ذكرناها والذي يدل على ان ذلك هو السبب لها هو ان هذه العوارض تذهب متى خرج الغاز الى الخارج

ويلزم في علاج هذا الداء اعتبار شيئين التنبيه العصبي المنتج له والعوارض التي تعرض على التوالي في الوظائف الهضمية ومن الواضح ان هذا الانقباض التشنجي في الامعاء ناشئ من تهيج في الجهاز الهضمي او المخي الشوكي ينبغي

مقاومته قبل كل شيء ويوصل لذلك بوضع علقتين او اربع على القسم الحلقى او يفصد الطفل من ذراعه او قدمه وينبغي ان يفضل وضع العلق على الفصد العام اذا ظهر ان التهيج الحفى ناشئ من تراكم دم نحو الرأس ومنع من هذا الاستفراغ العام الضعف الزائد للطفل ويستعمل على الخصوص مع ذلك ايضا الاستحمامات الفائرة لانها هي الواسطة الثمينة المضادة للتشنج

ومن الادوية المضادة للتشنج التى اشاروا باستعمالها الحلتيت فيعطى فى مستحلب اوفى حقنة وتساعد نتيجته بان يضاف اليه اللودنوم اى روح الافيون فيكنى الحقنة من قمحتين الى خمس من الحلتيت مع نقطتين او ثلاث من اللودنوم وامر الطبيب باريش مع ذلك بالدلك على القسم الفقرى بدهان مركب من مقدار ملعقة صغيرة من دهن العنبر واللودنوم وملعقة كبيرة من الزيت البسيط والعرقى واعتبر هذا الطبيب ان تهيج اللثة المتعرض من التسنين سببا من اسباب هذه الاكفات التشنجية فوجب ذلك اوصى بالاتباه لحالة الفكين لتشق اللثة او يسكن تهيج القم لئلا يكون لو فرضنا ان التسنين وتهيج اللثة الناتج منه هما السبب المهيء لهذا التشنج المعوى فاقوله ان هذا السبب لا يخرضه الا بعد ان يتهيج المخ تهيجا شديدا كما فوجب ذلك يلزم ان يكون تأملنا اولا فى تهيج المجموع العصبى

ولا ينبغي نسيان قطع الامسال واعانة خروج الغاز المعوى ويكنى للاول منه ما بعض ملينات خفيفة وادخال شياف من الصابون فى المستقيم واما اخراج الغاز المحوى فى الامعاء فقد وصل له الطبيب المذكور بادخاله فى المستقيم حقنة خالية بواسطتها جذب الهواء بجذبه المكبس الى الخارج ويصح الاكتفاء بادخال ابوبه من صمغ مرن فيخرج منها الغاز بالكبس على البطن بلطف ولحمك القلم هنا لان الظاهر دخول هذا المبحث فى امراض المجموع العصبى الذى سيأتى الكلام فيه

المبحث الخامس

فى اللبن الابيض للغشاء المخاطى المعدى المعوى

قال

قال بليار انما نتكلم على هذه الافة بعد التهاب حالا لا تنال انرى انها
نتيجة له وقد شاهدنا سابقا ان الاطفال بواسطة التغذية الردية قد يسقطون
في حالة انتقاع وذبول ونحول ويموتون في تلك الحالة فاذا قمحت جثثهم يوجد
الغشاء المخاطي متبقعا عديم اللون كما يوجد كذلك الجلد من الظاهر فهذه
الحالة للغشاء الباطن الذي للقناة المعوية هي اول درجة من اللين الابيض
للامعاء ولا ينبغي اشتباه هذا اللين باللين الذي يحصل من فيضان الدم في الغشاء
المخاطي بسبب التهاب ظهر فيه وقد سبق لنا شرحه

فاذن يكون لين الذي نحن بصدد درجتان اولهما لا يكون الغشاء
فيها الا عديم اللون ولا يوجد في المنسوج المخاطي درجة المقاومة المخصوصة به
في زال باعظم سهولة اذا حك بالظفر الا ان اهدابه مع ذلك لا تزال تخرج غشائية
ويسهل تزيقها ايضا وفي هذه الحالة يوجد منبذرا في الغشاء ايضا نكت اوبقع
محمرة هي النار الاخيرة للون الاعتيادي وانها احمرار عارضى كان الغشاء
مجلساله وذلك هو ما يوجد في المشاهدة الآتية

طفل عمره عشرة ايام دخل المارستان في اليوم السادس عشر من نوفمبر وكان
قوى البنية اعتيادي اللون ومعه تيس في المنسوج الخلوي للاطراف العليا
والسفلى ومن السادس عشر الى العشرين زالت اوديميا الاطراف الا انه
عرض له قيء واسهال كثير وظهرت نقط من الموجيت على حوافي اللسان
وفي الخامس والعشرين زال الموجيت ودام الاسهال وكنت مواده صفراء
ناصعة رغوية وانتقع لون الطفل واخذ في النحول وفي الثلاثين تقدم النحول
تقدم اسر يعا وزال لون الجلد الاعتيادي بالكلية بحيث اشتد اصفراره ومع ذلك
لم يحصل للطفل حمى اصلا وصار صياحه ضعيفا وجلده باردا وخصوصا
الاطراف ومن اليوم الاول من الشهر التالي الى السادس اشتدت جميع
الاعراض التي ذكرناها ولم يرزل الاسهال مستداما والقيء غير منقطع والطفل
صار في غاية الضعف والهزال والانتقاع ومات في اليوم الثامن بعد ان تقايا
مقدارا عظيما من مواد خضراء مصفرة وعند فتح جثته وجد الجلد عديم اللون

ووجد على الظهر واليدين بعض اكدام بنفسجية وقاعدة اللسان فيها كدم
 بنفسجي في سعة الدرهم ووجد المريء منتفخ اللون في جميع طوله والمعدة
 كذلك غير انه ووجد ايضا قرب البواب اربعة سلوخ طول كل منها ثلاثة
 خطوط وكانت سطحية جدا ومنتفخة اللون بباقي الغشاء ووجد جميع سعة المعاء
 الدقيق خالي اللون وكان مع ذلك ايضا سهل التمزق بحيث يكفي حكه بالظفر
 فتنفصل منه اهداب صغيرة تنهرس وترجع الى مادة لينة باسهل حال ووجد
 في القسم الثاني الاعورى صفحات جراحية منتفخة اللون ايضا كباقي
 المعاء ووجد ما عدا ذلك في هذا القسم بعض شطب محمرة يظهر انما آثار اللون
 الاعتيادي للقناة المعوية قبل ان يذهب منها ووجدت الكبد كبيرة الحجم
 محتقنة والمرارة متوترة جدا بمقدار عظيم من الصفراء التي كانت خضراء كرائية
 والرتان محتقنين بالدم والفتحات الجنينية مفسدة والمخ شليد الاحقان
 ومما هو عظيم الاعتبار ان الجذوع الغليظة الوريدية البطنية كانت حافظة
 لدم كثير في هذا الطفل واما الغشاء المخاطي فكان عديم اللون بالكليتين ولين
 الغشاء المخاطي عرض هذا الطفل كان يقينا مصابا من الابتداء بالتهاب معدى
 معوى غير ان هذا الالتهاب بقطعه الوظائف الهضمية بسبب الذبول والانتعاج
 وترتب على ذلك لين القناة الهضمية بسبب عدم التغذية فلو كان هذا اللين نتيجة
 لازمة للالتهاب لم يوجد اصلا لين بدون التهاب مع اتساعه خلاف ذلك
 فان طفل المشاهدة الآتية وجد في احوال شبيهة بالاحوال التي تؤدي عادة
 الى الذبول والنحول في الاطفال المتغذين تغذية رديئة وتكلمنا عليهم عند الكلام
 على سوء الهضم المعوى وهما هي المشاهدة

طفل انثى عمره شهر غذى من ابتداء ولادته في بيت اللقطاء بباريس وكان منتفخ
 اللون نحىلا ضعيفا كالاطفال الذين هم بين ايدي مرضعات هذا البيت وكان
 كثيرا ما يتقيأ واحيانا يعرض له اسهال اخضر يتقطع من نفسه في يومين
 او ثلاثة فادخل المارستان في التاسع والعشرين من فوريير فكان نحىلا
 منتفعا كما قلنا سابقا هادئا وجلده ايضا مائل للبياض بحيث يظهر كانه شفاف

ويرقسم على بعض محال من سطح الجسم اوردة صغيرة مزرقة ولم يحصل له
 انداسى ويتنفس جيدا ويصبح قليلا (علاجه الاورز المحلى واللبن المزوج) وبقي
 هذا الطفل في المارستان الى اليوم الاول من افريل اعنى انه تم عليه فويرير
 ومر من ودخل في افريل بدون ان يحصل له اعراض غير التي ذكرناها وفي ذلك
 الزمن سقط في ذبول تام وصار لون جلده شمعيا ومات في ذلك اليوم الاول من
 افريل وعند فتحه وجد بطنه شديدا بالتورب الغاز والامعاء رقيقة شفافة بحيث
 تشاهد من جدرانها المواد المحتوية هي عليها ووجدت المعدة والامعاء الدقاق
 والغلاظ منتفخة اللون كالون الخلود ووزن والغشاء المخاطي لينا بحيث يمكن
 لمسه فيتحول الى مادة لينة تميل في الشبه الى المخاط اكثر من ميلها الى
 الغشائية ووجد كل من الكبد والطحال والرئتين والقلب والمخ سليما وجميع هذه
 الاعضاء كانت خالية من الدم

فهذا الطفل لاشك انه سقط في الذبول والضعف الزائد الذي شاهدناه بسبب
 التغذية الغير الكافية المعيبة التي كان الطفل معرضا لها واعيت نتائجها
 بطول مكثه في المارستان المتراكم فيه عدد كثير من المرضى فيستشق منه هوا
 غير نقي فاللبن في هذه الحالة لم يحصل عقب التهاب وانما حصل في مدة طويلة
 من سبب مخالف لذلك وفي بعض الاحيان بدل ان يكون هذا اللبن عاما
 يكون موجودا في بعض محال من القناة المعوية منعزلة عن بعضها وكما يوجد
 بعد الولادة يوجد ايضا في الاطفال الذين يموتون عندها كما شاهد بليار ذلك
 كثيرا ويظهر انه دائما ينتهي به عدم وجود الدم في المنسوج المخاطي واعتبره
 دينيس ايضا نتيجة ذلك لعدم وجود السائل الدموي هنالديس هو
 السبب الواصل الى القريب اللبن وانما هو نفسه كالاتقاع واللبن نتيجة عدم
 التغذية على انمليس هنالك في الحقيقة عدم وجود الدم لانه يقال الى ابن يجذب
 هذا السائل فاذا ماتت الاطفال في الحالة التي ذكرناها وجدت جميع الاعضاء
 خالية من الدم وسما الجلد الظاهر فانه يكون خاليا منه بالاكثر فالاولى ان
 يقال ان هنالك نقصا وتغيرا وانقطاعا لتولد الدم بحيث لا تعين على تحصيله

المشروبات السيئة الهضم التي يتعاطاها المريض ولا الهواء الرديء الذي يستنشقه فينبوع الحياة يتزح يبطئ والطفل يهلك من الضعف والجوع فيكون من العقل اعتبار ان اللين الابيض الذي كلامنا فيه درجة متقدمة لفقدون الامعاء الذي تكلمنا عنه في بحث سوء الهضم المعوي الذي سببه يكون بالاكثر في الارضاع الغير الكافي او المعيب المتعرض له الاطفال القاطنون بيت القطاء ويظهر ان هذا اللين مشابه للين الذي يظهر غالباً موضعياً في القناة المعوية للمسولين واشتغل بطبيعته اشتغالا مهما كل من الطبيب لويس واندرال ومن وافق على وجود هذا اللين الغير التهابي الطبيب روستان وقال انه يوجد اقله في عدد كثير من الاحوال وان تمسك لالمند بانه لا يكون في المخ التهابياً في جميع الاحوال وبالجملة فهي مسألة قابلة للاضطرابات كثيرة واذا عممنا موضوعها في المخ وغيره كان الجواب عنها عسراً واذا اعتبرت مجردة فخيرنا في المنازعات والمشاكرات التي حصلت بين الطبيب المذكورين لالمند وروستان لكن اذا خصصنا الموضوع بان نعين بالضبط جميع الاسباب التشميحية والفسولوجية لفرد من افراد اللين جاز ان يكون الجواب عن المسئلة بالنظر لطبيعة اللين صحيحاً واضحاً كيدا كما فعل ذلك بليار في اللين الابيض للقناة المعوية فلا يصح ان نعتبر على وجه الاطلاق ان اللين لا يكون دائماً التهابياً لان هناك احوالاً مخصوصة لها سير وادوار مخصوصة وليست النهاية وانما صفاتها التشميحية هي التيبس ولنزد على ذلك ان اللين المستعمل عموماً وسماً عند لالمند يعني به فقد قوة التماسك وسهولة التمزق في المنسوج الذي هو محل له وان قابلية التمزق التي اول من جعلها صفة للالتهاب دويترن قد تتوافق احياناً مع التيبس الظاهري في توجد معه فتكون خالية عن الالتهاب ونظير ذلك كما قلنا ما يشاهد من ان الرئة في الدرجة الثانية والثالثة للالتهاب الرئوي تكون كما يقولون متقبسة متكبدة لانها في الحقيقة لينة مع ان هذا العضو المتيبس في الظاهر يسهل التفوذ منه كما يسهل ايضا تمزقه فيكون في الحقيقة قابلاً للتمزق والتقطيع

فتكون

فمكون لفظة للين ليست صحيحة في بعض الاحوال ولقد نتج من ذلك كله ان اللين في نفسه ليس علامة لازمة للالتهاب ولا مرادفاله لان له حالة يوجد فيها بدونه نعم اغلب احواله يكون الالتهاب سببale ويلزم ان يتميز انواع اللين عن بعضها كاللين الحاصل من التعفن بعد الموت والحاصل من الغضريتا والحاصل من الالتهاب والحاصل من الضعف

ولنخص من العلامات المنسوبة للين الابيض الذي نحن بصدده فقد اللون لعموم الجلد والمنظر الضعفي للطفل ويكون جلده شديها بجلد البنات المصابات بالخلوروزس واما غير ذلك من الاعراض كالاسهال والتفاح البطن ونحو ذلك فتوجد ايضا في آفات اخر معوية فلا تؤخذ منها هنا نتيجة نافعة في تشخيص اللين مالم نصعد لطبيعة الاسباب التي احدثتها وحفظتها موجودة وينبغي ان يعتبر اين الامعاء فسادا غير قابل للشفاء اذ يلزم لشفائه تولد جديد للغشاء المخاطي وهذا غير ممكن فاذا ينبغي ان يجتهد في علاج التسايج الاول لتفقد التغذية الذي ذكرناه والالتجاء الى وسائط اصلاح الحالة الرديئة للوظائف الهضمية قبل ان تحصل منها العوارض التي توصل الغشاء المخاطي لحالة الفساد الذي ذكرناه

المبحث السادس

كلام عام في اعراض امراض القناة الهضمية

في هذا المبحث ثلاثة مطالب

المطلب الاول

في نظر عقلي في الاعراض الرئيسة لامراض القناة الهضمية قد ذكرنا بالاختصار جميع الآفات التي تعرض في الاعضاء المختلفة من الجهاز الهضمي ولنجتهد الآن في تعيين الاعراض المخصوصة بكل منها بحيث يمكن معرفتها مدة الحياة ومعظم المؤلفين الذين كتبوا على امراض الاطفال كانت لهم آراء اختراعية فذكروا اعراضا وعلامات مجموعة جعلوها اساسا لتسميها بدون ان يلتفتوا للآفات التشريحية فلندكر في هذا الفصل مع غاية

الاختصار بحثا يتضح منه اعتبار هذه الاعراض وقربها من الاكاث
التشريحية التي تكون هي نتيجة لها.

التي * هنالك اسباب كثيرة قد تنتج التي * فمن ذلك سوء الهضم المعدي اى التخممة
والمعوى المسبب كما هو قريب للعقل من رداءة صفة اللبن ومنها الالتهاب المرئى
والمعدي والمعوى الذي يكون مجلسه على الخصوص في القسم اللساني
الاعورى وانقطاع سير المواد الثقلية بسبب التغمدة او تشنج الامعاء ومنها
لين الغشاء المخاطى وهذا العرض لا ينبغي اعتباره بدون ان نصعد الى السبب
الذى قد يحدثه فيلزم لذلك ملاحظة الاعتبارات والحوادث التى ذكرناها سابقا
فلا يمكن يقينا ان تؤخذ نتيجة عملية من مشاهدة هذا العرض منعزلا عن غيره
فلاجل ان تذكر قصته الكلينية يلزم ان يمر على جميع امراض القناة
الهضمية لانه يمكن ان يشارك كلا منها كما شاهدنا وهذه الكيفية في اعتبار
في الاطفال الرضع يظهر انها احكم وادق من اختراع اسباب واعراض لهذه
الظاهرة المرضية نفسها. كما فعل ذلك كثير من الاطباء

الاسهال * الامهال ليس علامة دائمة للالتهاب المعوى فقد ينتج من تخمة
حقيقية معوية ومن حالة تهيج وزيادة في افراز الجهاز الجرابى ومن الالتهاب
القولونى والالتهاب المعوى وهو يختلف بالنظر للون المواد وقوامها
فالاسهال الاصفر والريغوى السائل يصعب في الغالب الالتهاب والاسهال
الايض المخاطى ينتج غالباً ايضا من زيادة افراز في الاجربة المخاطية والاسهال
المختلط بالندف المخضرة يحصل كثيرا بدون التهاب

احرار حوالى الشرج * هذا يوجد في معظم الاحوال التى يوجد فيها الاسهال
مع التهاب في الامعاء او مع عدمه.

تور البطن * يشاهد غالبا في الالتهاب المعوى وحينئذ يكون مصحوبا باللم
في البطن وينتج مثل هذه الظاهرة من تمدد الامعاء بالغازات اذا عرض تشنج
فيها الا ان هذا التور يكون متقطعاً ويتقطع مع الالم اذا خرجت
الغازات ويبقى دائما اذا كان هنالك التهاب والغالب ان هذا التور يكون

بدون الم اذا كان هنالك لين في الغشاء المخاطي ويوجد مع ذلك ضعف عام وانتقاع

المغص والقولنج * قد يكون المغص تشنجيا او نتيجة التهاب او تغمد او عدم انتقاع الشرج او تمدد غازى مدة الالتهاب او مع عدم وجود هذه الحالة المرضية فالاغذية عند ذلك لا تنهض وانما تمكث في الامعاء بدون انهضام وذلك هو ما سماه المؤلفون بتجمع الرياح

الهيضة * الهيضة لا تشاهد كثيرا في فرانس وتصيب كثيرا على الخصوص الاطفال في البلاد المنضمة بالاميرقة وتبتدأ فيهم كما قال دويس الذى استعربنا هذا الشرح منه بقاء واسهال كثير واضطراب عظيم مخى وعطش محرق والنبض يكون صغيرا ضيقا متواترا والبراز يختلف كثيرا فيكون اصفر او اسمر سائلا وقد يكون فحينا واحيانا مختلط بدم وينتشر منه غالباً رائحة فنة عفنة وتخرج القننة الهضمية قد يكون بحيث ان المشروبات والاغذية تمر وتخرج بدون ان تتغير كما يحصل في المرض المسمى بالاسهال الزلق وجلد الجبهة يكون متواترا والاعين متقعرة وجناحا الاثف تنجذب متوزرة والشفتان متكرشتين والبطن منتفخا والاقدام اوديمياوية وكثيرا ما يعرض قلاع في الفم وقد تدوم هذه الحالة بعض اسابيع فاذا عرض الموت تضاعفت شدة الاعراض فيشاهد احيانا على الصدر اندفاع مقدار كبير من حوصلات وكثيرا ما تشاهد اطفال يوجهون اصابعهم نحو افواههم كأنهم ينزعون شيئا منها وعامة تلك البلاد يظنون وجود دودة متعلقة بمعلق الطفل

وقد ثبت بالبحث في اللجنة من الآفات التشريحية التي توجد في هذا الداء الاحتقان المخى وتكون الاعضاء الصدرية في الغالب سليمة بخلاف القناة المعوية فتكون مريضة فيوجد في المعدة والمعاء الدقيق غالباً نكت واسعة جراء باهتة وتوجد بالاكثر في الاثنى عشرى نحو البواب وكثيرا ما يوجد الغشاء المخاطى فحينا بحيث تضيق سعة المعاء واما المعاء الغليظ فتندر اصابته مالم يوجد في الداء اعراض الدوسنطاريا والغالب ان تكون الكبد كبيرة الحجم

ممتلئة بالدم والمرارة محتوية على صفراء كثيرة شديدة الخضرة وبقية اعضاء
البطن توجد في الغالب سليمة

قال بليار ومن الواضح ان جميع هذه الاعراض التي ذكرها دويس مع غاية
الضبط انما هي اعراض التهاب معدي معوي شديد مضاعف بنزيف
كما شاهدنا امثلة كثيرة من ذلك واسلقنا بعضها منها فهيضة الاطفال وان كانت
نادرة في اقليم فرانسا الا انها قد توجد ولا سيما في المارستانات التي تكون فيها
الاطفال المولودون في حالة سيئة ويعسر حفظهم من تأثير الهواء انتهى وقد
شاهدت مثالا من ذلك في طفل عندنا بصرسنه نحو سنة وشفي شفا تاما
وذكر دويس شرحا طويلا لعلاج هذا الداء الذي يهلك بحسب الظاهر كثيرا
من الاطفال بالامريقة الا ان طريقته غير مناسبة فانه اراد مقاومة ما فهمه
من انحطاط القوى والعفونة في هؤلاء الكائنات الصغيرة فامر اولا باستقامتهم
ثم سقيهم ملعقة من القهوة قوية بدون سكر وبدون لبن في كل ربع ساعة
قال وقد رأيت نجاح هذه الوساطة نجاحا تاما فاذا لم تسكن حالة المعدة بالقهوة
اباد رباعطاء الكلوميلاس ولا اجمعه مع الافيون اصلا والغالب ان استعمال
هذا المستحضر الآتي وهو ثلاث قمعات من الكلوميلاس وست من السكر
ويقسم ذلك اثني عشر قسما ويلزم ان يعطى هذا المسحوق حتى يصير البراز
اقل كثرة وخضرة او اقل سمرة فاذا تلطف الاستفراغ النقلي صح ان يؤمر بالحقن
مع مقدار من اللودنوم مناسب لسن المريض ويضم لذلك الامر بالاروند
والمسحوقات الماصة اي المجففة ووضع الحرارة بق على الاطراف والدلك الجاف
بالصوف ونحو ذلك انتهى قال بليار وهذه المعالجة المقوية قد تنجح في الاطفال
المولودين في اقليم مخالف لاقليمنا في الطبيعة لكن اذا نظرنا لطبيعة الافات
التشريحية المسببة للاعراض التي يقوم من مجموعها هيضة الاطفال لزم
ان يخاف من استعمال هذه الوسائط ومع ذلك نقول ان هذه المعالجة ليس لها
عظيم نجاح بالامريقة لان هذا الداء الذي استعملت له لم يرزل باقيا على اطلاقه
المهولة في تلك البلاد فقد قال باريش في رسالة له القها سنة ١٨٢٦ ان

كثرة اهلاك الهيضة للاطفال في تلك البلاد صيرها مستدعية لاقتباه الاطباء
 نظرا لما تفعله من الدمار والاتلاف في رعية مدائنا الكبيرة وليس عندنا مرض
 غيره يعادله في ذلك الاهلاك فهو الوباء في اقلينا ويخاف منه كما يخاف من
 السل في بلاد اوربا انتهى فلو تبع الطبيب الامير في ابتداء الداء علاجا مناسباً
 قليل التنبه لجاز ان يقل اتلاف هذا الداء المعدي المعوي واوصى دويس
 من جملة العلاج بامور جعلها حافظة من الداء وهو تباعد الاطفال عن المحال
 التي تظهر فيها واقامتهم بالارياض والطبيب روسك ذكر من الاحتراسات
 تغذية الاطفال باللبن وتغطية جلودهم بملابس من القلائيل ويمنع عنهم
 تعاطي الفواكه وان لاتصنع اغذيتهم الا من الجواهر الدقيقة كالارز
 والبسماط ونحوهما وبعد ظهور الاسنان يعطى الطفل غذاء حيوانيا لتقوية
 الجهاز الهضمي واوصى ايضا باريش في رسالته المذكورة بلزوم التغذية
 المقوية المنبهة ويكون ذلك كحافظ من الهيضة قال وبذلك وصلنا لحفظ طفل
 لامرأة تقدمها بالهيضة ثمانية اطفال قبل ذلك فعودت هذا الطفل على
 تغذية شديدة التقوية وصارت نسقيه في كل يوم بعض ملاعق من شاي الزنجبيل
 ثم فيما بعد صارت تعطى له امراق اللحم وتطعم مرضعته مدة الصيف اغذية
 شديدة التغذية وتخترس عليه بالاكتر من ان يأكل فواكه او خضروات
 وفي السنة الثانية اكل الطفل على المائدة جواهر حيوانية واسماكا وشرب الشاي
 والخبز الجيد ونحو ذلك ومضى عليه زمن التسنين بدون ان يصاب بالداء الذي
 لم تستغل فكرة الام بغيره قال بليسا رومن الذي يتجاسر بفرانسا على اختيار
 هذه التغذية للاطفال ولا يرى فيها مدحا للطبيب

الهيضة الوبائية * قال اولفير منذ الف بليسا روم في امراض الاطفال لم تزل
 اطباء فرانساً متأسفين جدا على عدم مشاهدة هذه الهيضة في الاطفال
 والآن وثقوا بصحة ما ذكرهنا ولكن من الواضح بمقتضى ما سبق ان المذكور هنا
 انما هو الهيضة الوفدية وانه ينسب لها وحدها الوسائط العلاجية الحافظة
 للصحة التي اوصى بها باريش ودويس وروسك واما الهيضة الوبائية في المولودين

جديداً شئ آخر ولتقصركلام فيها هنا على بعض نتائج تتعلق بقصة هذا الداء في هذا السن الاول اى سن الطفولية واستخرجت تلك النتائج من الاعمال المهمة التى حصلت من الاطباء الذين اشتغلوا بالبحث عن الهیضة وسيرها وتناجها بباريس سنة ١٨٣٤ هيسوية وذلك ان فى ١٨٤٠٢ اعنى اثنين واربع مائة وثمانية عشر القاموا مدة الوباء بالهیضة كان منهم فى الطفولية الاولى اى فى السن الذى بين الولادة والسنة الخامسة جزء من اربعة عشر جزءاً من هذا العدد تقريباً (وهم ١٣١١) اعنى احدى عشر وثلاثمائة والى الف اى من كل الف احدى وسبعون تقريباً ووجهه من مات فى سنة متوسطة من عشر سنين بمن سئم من وقت الولادة الى خمس سنين ٧٠٢٠ اعنى عشرين وسبعة الاف طفل فالهیضة بمقتضى ذلك زادت فى اخطار الموت الذى يهدد فى العادة الطفولية الاولى سدسها وقد ثبت من الابحاث التى فعلت فى المدة المتوسطة للداء بحسب السن ان المولود الى سنة لا يتجاوز فيه مدة هذا الداء ثلاثاً واربعين ساعة ومن سنة الى خمس تبلغ تسعاً واربعين ساعة ومن خمس سنين الى عشر تبلغ اثنين واربعين ساعة ومن عشر الى خمس عشرة سنة تبلغ خمساً وخمسين ساعة وفى السن الذى بين خمس عشرة سنة وستين تبلغ اربعاً وستين ساعة ومن ستين الى تسعين واكثر تبلغ ستين ساعة او يومين ونصفاً فاعدا السن الذى هو من خمس سنين الى ست كانت مدة الداء على حسب قوى سن الشخص تقريباً كما هو ظاهر قال اولفير ولا علم هل ذكر واعداد المولودين الذين ماتوا بالهیضة فى بيت اللقطاء مدة الوباء ام لا ولم يذكر فى خلاصة الموكاين بالنظر فى احوال الداء شئ مخصوص فى هذا الموضوع مع انها محتوية على اشياء كثيرة عظيمة الاهتمام ولكن بمقتضى ما ذكره لنا بارون ان الاطفال المولودين والرضع كانوا كلهم مستثنون فى هذا الوباء ومما هو معلوم ان الذين دخلوا بيت اللقطاء فى سنة يزيدون على خمسة آلاف وان من تاسع عشر مرس سنة ١٨٣٢ الى سادس جوين اعنى نحو ثلاثة اشهر الابعض انهم لم يمت بالهیضة الا ثمانية منهم سبعة ماتوا فى مدتها والثامن مات بعدها من

تأثير الالتهاب المعوى القولوى الذى حصل عقب الهیضة ومدة الهیضة
فى الاطفال كانت من ثنى عشرة الى ثمان واربعين ساعة وسن هؤلاء الاطفال
يختلف من ثلاثة اشهر الى سنتين

والامور الواقعية التى عارضوها الخاصة المعوية للهیضة لم يكن فيها اقوى
من الامثلة التى شوهدت مدة الوباء لاطفال داموا على تعاطى ندى امهاتهم
مع ان الام اصيبت قبل ذلك بجميع اعراض الداء وماتت به وقد اوصل مبتغیر
لديوان اطباء رقعة فيها امثلة من ذلك وتواترت بعده امثلة مثلها وتلك الامثلة
عظيمة الاهتمام بالنظر للشرح العام للهیضة وباعتباراتها المتعلقة بامراض
الطفولية الاولى ولذكر بعض منها هنا

فامرأة سنهاسث وثلاثون سنة كانت ترضع ولدها عمره عشرة اشهر فاصيبت
بالهیضة فى السادس عشر من جوليت وماتت فى الحادى والثلاثين فى الساعة
الرابعة من بعد نصف الليل ودام طفلها على رضاعها الى ليلة العشرين من
جوليت ولم تغیر محتمه اصلا وامرأة اخرى سنهاسع وعشرون سنة ترضع
ولدها سنه ثلاثة اشهر فاصيبت بالهیضة فى السابع والعشرين من جوليت
ودام معها الداء عشرة ايام وانتهى بتقاها طويلا تشاقه وطفلها لم يقطع رضاعه
منها وكان ينام معها على سريره واحد وترك اثارها هذا الطفل معها
مع ما بها من القيء والاسهال والعرق البارد ولم تزل صحة الطفل جيدة فى جميع
مدة مرض امه ولم يقطع لعبه وانسراحه الى اليوم الحادى عشر فحصل له فيه
بعض الاعراض المقدمة للجدرى لانه كان متسلطنا فى البلد تسلطنا وبيا وسار
هذا الجدرى فى الطفل سيرا مباركا وحصل الشفاء سريعا وامرأة اخرى
عمرها ست واربعون سنة ترضع ولدها عمره تسعة اشهر واحسثت بالاعراض
الاولى للهیضة فى ثامن اووت وفى العاشر اشتدت جميع الاعراض ومع ذلك
لم يترك الطفل نديها وفى الثالث عشر عسر الارضاع بسبب قلة اللبن وبرد
الثديين وصلاتهما ~~ولكن~~ لكون الطفل قوى البنية تسرله ان يجذب
من امه بعض لبن يسير وفى الرابع عشر فى الصباح لم يتفع عرض الطفل على ندى

امه ولكنه بعد ذلك النقم نديها مرات كثيرة في النهار مع ما بها من البرد
العام والتيس ثم ماتت المريضة في المساء ولم يحصل للطفل في تلك المدة تعب
ولا ضعف وامرأة اخرى اصابته بالهيضة في مساء السادس من اوت
نحو نصف الليل وماتت في السابع منه قبل الزوال بساعة واعطى نديها طفلا لها
مرتين بعد ظهور النقي والاسهال ولم يرزل طفلها في غاية السلامة

المطلب الثاني

في الاعراض السميائية للأمراض المعوية

هناك امر واقعي عظيم الاعتبار نكلمنا عنه عندما شرعنا صفات امراض
الجهاز الهضمي وهو ان الغالب ان اعراض الاشتراك المسمى بالسيميائية
لا تكون في الاطفال الصغار جيدة الوضوح كما تكون في الكبار البالغين
وانما حرارة الجلد عند تزيده فقط وقد رأينا موت كثير منهم بآفات وآظها
بدون ان توجد معهم حمى بل ربما كان ضعف النبض عرضا للاشتراك بدل
ان يجعل العرض هو تزايد الدورة كما يشاهد ذلك في الكبار فالسن هنا
يحصل منه تنوع مهم في آفات القناة الهضمية ولنختم هذا البحث الطويل
لهذه الامراض بتأمل يستدعي انتباه الاطباء المشتغلين بالقيمو لوجيا
المرضية وهولان الجهاز الهضمي يوجد فيه زمن الولادة حالة تكون ونمو زائد
التقدم فلذلك يتم وظائف قوية الفاعلية ويكون مع ذلك مجلسا العدد كثير
من الامراض التي تمت معظم الاطفال وتحدث فيهم تغيرا في الصحة وتنع الخو
المطلق للبنية وسنؤك ذلك عندما نذكر في آخر الكتاب جدولا للأمراض

الكثيرة التي يصابون بها على حسب الاجهزة

المطلب الثالث

في الديدان المعوية

ديدان القنوات الغذائية يقوم منها فرع عظيم الاهتمام من بحث الديدان عموما
وكثرة هذه الديدان وعوارضها الكثيرة التي تحصل منها واسبابها واعراضها
وعلاجها جميع ذلك من مهمات علم الطب واما صفاتها الحيوانية والتركيب

السام لبعض منها فيستدعي اقتناء علماء المولدات الثلاث ثم ان تلك الديدان
في البشر ترجع الى اربعة انواع تتميز بعلامات وصفات من المهم معرفتها للطبيب
باعتبار ما يلزمها

النوع الاول الديدان الوثابة الطوال وتسمى الخراطين * هذا النوع يوجد
بالاكثر في البشر ولذا كان معروفا من قديم ومجلسه الاعتيادي في المعاد دقيق
وكثيرا ما يوجد في المعدة والمعا الغليظ بل وفي المري لكن لم يمكث قليلا حتى يندفع
الى الخارج وكثيرا ما يشاهد من وجهه من الحفر الاقية (صفاته الذاتية) جسم
اسطوانى يوردى اللون فاتم ودقيق من طرفيه وذنبه اكثر دقة وجسمه محزذ
من كل جانب ويعرف الرأس بانخفاض يعاوه ثلاث صمامات والذكر منفصل
عن الانثى ويميز الذكر عنها بذنبه الذى هو معوج وله قضيب مزدوج يخرج
احيانا من اعلى الطرف الذنبى على جانب التجويف واعضاء تناسل الانثى
قنوات بيضاء يسهل مشاهدتها لشفافية الغلاف ولونها شطب بلون القناة
المعوية التى هى مسمرة وهذه الديدان بيضية اى تتولد من بيض وطولها
الاعتيادى يختلف من ستة قرايط الى خمسة عشر ومنها ما يكون طوله
قراطا ونصفا وقطرهما من خطين الى ثلاثة

النوع الثانى الديدان الصغيرة وهى معروفة عند القدماء وتوجد في المعاد
الغليظ وسما المستقيم وبشك في وجودها في غير ذلك وذكر برمسيرانه
رأها في الاعور وتشاهد في الاطفال اكثر من الكبار البالغين وان كانت
قد توجد ايضا في الشيوخ والعجائز (وصفاتها) انها ديدان صغيرة بيضية
ايضا والذكر منها طوله خط ونصف والانثى من اربعة خطوط الى خمسة
والرأس مخوف حوصلى تمر فيه قناة مستطيلة هى المري والذنب ينتهى
بطرف دقيق جدا نعرض مشاهدته ويلتف لفاخرونيا في الذكر ويكون
مستقيما في الانثى

النوع الثالث الديدان الشعرية الرأس وهذا النوع لم يعرف الا في آخر القرن
السابق وشرحه يتعلق بشرح الحمى المخاطية وذكره جيدا اريد بر ووجله

ويوجد عادة في المعال الغليظ وسيما قرب الصمام اللفائي الاعورى واقوى
احيانا ان كروفلير ووجده في المعال الدقيق ووجده مرة ملتصقا بخشكر يشة
غفرينية في آخر المعال الدقيق قرب الصمام ومعظم الاحوال الوبائية للالتهاب
المعوى الجربى الحاد يوجد فيها عدد كثير منه كما انه يشاهد كثيرا في النساء
اللولوى يمتن بالتهاب بريوتوى ولادى (صفات هذا النوع) طوله من قيراط
ونصف الى قيراطين وهو شعرى في معظم طوله كابعدة اخامه مثلا والرأس
الشغل لهذا الطرف الشعرى لا تيسر دراسته بسبب دقته والذكر اصغر
من الانثى ويعرف بكون جزئه المنتفخ متولبا واما فى الانثى فيقرب
للاستقامة

النوع الرابع دود القرع لشبهه بهجه ويسمى بالديدان العريضة وهو معروف
قديما واما تسميته بعضهم له بالدود الوحيد فغلط لانه قد يوجد منه جملة فى البطن
قد شاهدنا فى شخص اسود بمارستان ابى زعبل اربع دودات طول كل واحدة
نحو خمسة عشر ذراعا وذكروا ايضا انه يوجد فى الكلاب وذكروا ما بلغ طوله
ثلاثين اوتة بل خمسين قبل ولعلمهم اضافوا جملة ديدان منه لبعضها واقول ليس
هذا بمتغرب فقد نقل لنا ما كان طوله الخش من ذلك وذكر اوفلند ان طفلا
خرج منه من هذا الدود ثلاثين اوتة فى مسافة ستة اشهر وعرض هذه
الديدان يختلف من ربع خط الى ثلاثة خطوط او اربعة واحياتان تكون
نصف شفافة لقلة سمكها والقالب كونها معتمة وبالجملة ينبغي لاجل
مقارن ارباعها ان تعتبر حالة الانقباض والانبساط التى يكون عليها الحيوان
والرأس لهذه الديدان صغير جدا فلا يشاهد غالب الا بنظار متعظمة وقد يشاهد
بالعين العارية ولهذا الرأس اربع محصات اعتبرها احدى مع ساقية صيونا
ويوجد فى مـ كـ كـ هذه المصحات احياتان اقرص فيه كلاليب وعلى رأى
برمسيران الحيوان يعدم منه هذا القرص اذا هزم وعنق تلك الديدان يختلف
فى العرض ولا منفصل فيه وانما هو منضغط اى مسطح وجسمها مفصل وكل
قطعة منها مربعة الشكل والقطع القريبة للعنق عرضها اكثر من طولها

وكما بعدت عن العنق صار طولها أكبر من عرضها وبالجملة جميع القطع تقرب
لمساوية بعضها وانما اختلافها او معظمها بعدم تساويها في الانقباض
او الاسترخاء لان حركات هذه الديدان تقوم من انقباضها لا غير في طولها
وعرضها ويشاهد على حواف كثير من هذه العقد تارة على جانب وتارة
على الجانب الآخر فتحات هي فتحات قنوات البيض والى الآن لم نعلم
اعضاء تناسل الذكور في دود القرع والقطع الاخيرة او الحلقات الحاملة
للبيض الملقح من هذا الدود هي التي اذا انفصلت من بقية الدودة وصارت
منزلة تكون منها ما يسمى بدود القرع وجعل بعضهم هذا الدود نوعا
مخصوصا

وقد تكلم علماء المولدات على كيفية تولد هذه الديدان وسقوطها وتكون حلقاتها
بكلام مبهم وانما الظاهر ان كل حلقة شبيهة بالحلقات التابعة هي لها فتكون
الدودة مكونة من التصاق جملة حيوانات ببعضها من نوع واحد وردها
بعضهم واستظهر وانها تتكون كلها دفعة واحدة من اول الامر وبالجملة
لا حاجة لنا بالدخول في هذه المشاجرات وانما تقتصر على ما هو مهم لنا
وهنا النوع من دود القرع وهو المسمى بالعريض حقيقة وبمخفوف الرأس وهو
اعرض من السابق بحيث ذكر انه وجد ما عرض حلقاته قيراط وطوله
الاعتبادي عشرون قدما وذكروا وجد طوله ثلاثمائة أوتة والرأس مستطيل
مخفوف بانخفاضين جانبيين ظن انهما القم ولا يوجد له عنق اعنى الجزء التابع
للرأس ولا مفصل والمفاصل المقدمة من الحيوان تشبه الثنيات والمفاصل
الخلفية متميزة اكثر والفتحات التي هي في دود القرع الاعتيادي شاغلة لجوانب
القطع المنفصلة تشغل هنا مركز هذه القطع وقد يشاهد احيانا بالتظار
المعظمة شوك حول الفتحات وهذا النوع يصيب بالاكتر الموسكوفيين
واهل البلوينا وبعض محال من فرانسوا وغيرها واما القرع الاعتيادي فمجاثسه
في الامعاء الدقاق في بعض السودان والحديثة

ثم ان الديدان المعوية عموما ليست ديدانات من الخارج وكابدت هذا التحول

الموجود الآن في الوسط الحديد المغمورة فيه وانما يقرب للعقل انها تولدت في الباطن امان نفسها واما من بذر وجد هناك الامور اللازمة للخوف في اذ ليس هناك حيوان من الحشرات يمكنه الدخول في الجسم البشري ويتربى فيه ثم يخرج حيوانا كاملا واذا لم يكن متولدا من الخارج فليكن متولدا في الباطن فهل تولده من بيض او بالتوالد وايضاح هذه المسئلة ايضا حاتا ما غير يمكن الى الان ولكن الاقرب للعقل ما سنذكر وذلك ان السائل الذي يتقع فيه جوهر نباتي او حيواني لم يلبث قليلا حتى يتحول مقدار اعظمها من كرات آلية تتحرك فيه لجميع الجهات وكأن حركتها بقوة غير متعلقة اصلا بقوة التناقل وفيها سرعة وتظهر في تلك الكرات كرات الدم الذي يتحرك فيها بسرعة عظيمة والجفاف يوقف حركتها والترطيب يعيدها فاذا طال الاتساع اعقبت الكرات الآلية حيوانات مكر وسكوية شبيهة باولاد الضفدع التي لها حركة عجبية قمر من بعضها ويحتسرس بعضها من بعض ولا تصادم اصلا فكانها مخصوصة بحيوية تامة جدا فهذه الديدان مثلها وذلك سر من اسرار الحياة اذا تأمله المشاهد تحير في صنعه ثم ان تكون الكائنات بطريق التناسل اعني من جرثومة متعلقة بشخص اخر هو الذي يقبله العقل وهو الاكثر اعتيادا للتوالد والمشاهد في الحيوانات المرتفعة لكن الحيوانات السفلى كالتى نحن بصدددها الآن وتكون عولة على الحيوانات والنباتات يظهر انها تتكون من جميع الاجزاء في احوال معينة حسب ما يظهر لنا واما تحقيق ذلك فلا يتأتى الا من مباشرة رؤية تكون الديدان ونموها واما رأى بعض النيساويين ان هذه الديدان ناتجة من استظالة الحمل المعوى ثم فصله بعد ان يكنسب حياة غير متملقة بغيرها فلا يمكن تحقيقه بالمشاهدة وانما هو اختراع عقلي بديع والاسباب القرينة لتولد هذه الديدان مجهولة لنا فلمنكلم على الاسباب البعيدة لها ان تلك الاسباب اذا عرفت سهل العلاج والحفاظ والعلاج الشفائي لها فمن الاسباب المهيئة للديدان عدم الموازنة بين القوى المشبهة في القناة الهضمية والغذية الداخلة فيها وقد هذه الموازنة يمكن ان يحصل تارة من القناة الهضمية

نفسها وتارة من صفة وكية الاغذية وتارة منهما معا وعما لا يشك في سببته
تأثير الاقليم البارد او الحار والسكنى في الاماكن الباردة الرطبة واذا كانت
الاطفال اكثر تعرضا للديدان من الكبار البالغين والسيوخ فذلك ناشئ
من كون قواهم الهضمية اقل فاعلية وقوة التماثل اقل كالا ويقال وهو
الاحسن ان ذلك ناشئ من تغذية اعظم قدرا واكثر مائية اذ اقمج العوائد
واشأمها في الطفولية عدم انتظام ساعات تعاطى الاغذية وفي بعض البلاد
يكون داء الديدان وباسا في الاطفال لانه ما عدا البرد والرطوبة في تلك البلاد
يوجد ايضا تراكم اغذية غير نامة الهضم والغالب ان المواد الدقيقة والفواكه
والاغذية الرديئة الصفة هي التي تستعمل في الاخلية بين الاكلات الاعتيادية
ولذلك يشاهد تحول هؤلاء الاطفال حالا الى مزاج لينفاوى اذا ولدوا بمزاج
آخر وتخرج منهم مواد قلبية غزيرة وكثيرا ما تكون سائلة وفيها ديدان قال
كروفلير دخلت بلدا من البلاد فوجدت اولاد الفقراء قاطنين بمحارة منفردة
عن غيرها ويتبرزون على اعقاب ابوابهم ولما مررت من تلك المحارة رأيت مقدارا
عظيما من دود في موادهم القلبية ولا تستغرب صحة ذلك اذ لم يستعمل احد
من هؤلاء الاطفال كما هو اللازم مضادا للدود في كل خمسة عشر يوما ونهائمه
في كل شهر ثم ان تأثير الاغذية الرديئة الطبيعة هناليس باقل ضرر من تأثير زيادة
الكمية في تلك الاغذية ولذلك كانت اولاد الفقراء مكدره معيشتهم بالديدان
اكثر من اولاد الاغنياء وقد عملت تجربات في جلة كلاب لم يغذوا الا بالخبز
الاسمر والماء وحفظتهم على تلك التغذية مدة ستة اشهر فوجدت في قناتهم
المعوية مقدارا كبيرا من ديدان القرع وكان معظم امعائهم الدقاق مسدود بها
واتفق افي مكنت مدة سنين في الخدمة الطبية بمارستان المجانين فكنت كثيرا
ما اتعجب من وجود كمية كبيرة من الديدان في القناة الغذائية لهم انتهى
ثم نقول هل هنالك اغذية تعين بالاكثر على تولد الدود يقال هي اللبن والزبد
والحبوب ويقال ايضا هي الفواكه الفجة والبقول والاعذية الدقيقة والجواهر
النباتية وعبرة الشيخ الرئيس وعما يولد الديدان الاغذية اللينة اللزجة مثل

الحنطة واللوبياء والبقاقل وسف الدقيق وكل اللحم الخام والالبان والبقول
والقواكه الرطبة والاعتسال بالماء بعد الاكل والجماع على الامتلاء انتهى
والظاهر انه ليس هناك شئ بالنظر لذلك وانما ذلك بالنسبة للاقليم والمزاج
والاعتيادات وكيفية المعيشة والقوة الهضمية للشخص اذ من المعتلوم ان
الاغذية المنبهة قليلا يمكن بايقاظها القوى الهضمية تعارض تولد الدود
ومتى تولد مقدار من الدود قرب للعقل امكان تضاعفه بالتوالد حتى مع غيبوبة
الاسباب الاعتيادية المولدة اقله ان يكون ذلك نتيجة لازمة لوجود اعضاء
التناسل في الحيوانات وقد نتج من جميع ما سلف ان تولد الدود انما هو نتيجة
تمثيل غير تام للجواهر الغذائية بحيث يظن انه يمكن احداثه او ازالته
بالاختيار وذلك بان يستعمل الشخص ما يلزم له او يخرج منه من الاشياء اللازم
اخراجها منها

الاعراض **التي** تحقق وجود الديدان المعوية في كثير من الاحوال المرضية
الخفية التي اعراضها المتسلطنة آتية امامنا المجموع الهضمي او من المجموع
العصبي او من جهات اخرى الى عدد كثير من اطباء هذه الديدان سببا لجميع تلك
الاعراض ولاشك ان العقل والامور الواقعية قسمها ربما كانت تقوى ذلك
فقد وجدت الديدان الوثابة الطوال في كثير ممن مات بالتيفنوس والخوف من
الماء بل وداء الكلب الحاصل من العض والخوريا والمانيا (لانهم ذكروا مانيا
دودية) والسكتة وفي نوبة الصرع فتسببوا هذه الامراض المختلفة لوجود هذه
الديدان ووجد الدود ايضا في بعض اوباء من الالتهاب المعوي الحارابي الحاد
الذي سماه القدماء بالحمى العفنة وظنوا وجود السبب المادي للداء في الدود
ولذلك سموه بالحمى العفنة الدودية وذكر الشيخ ان الديدان اذا خرجت من
صاحب الحميات الحادة حية لم تكن بشديدة الرداء ودلت على صحة واقتدار
على الدفع وخصوصا بعد الانحطاط وان خرجت ميتة كانت علامة رديئة واما
خروجها في حال الحمى مع البراز فان كان معهما دم فهو رديء ايضا ومنذ ربافة
في البطن والامعاء واما خروجها بالقيء فيدل على اخلاط رديئة في المعدة كذا

قال وقد علمت ان هذه كلها الغلبية لا تعويل عليها وشوهد كثير من ما توأب دون
آفة عضوية ظاهرة ونسبوا موتهم لدود ووجد في قناتهم الغذائية وقالوا ايضا
بتهيج الاطراف العصبية المعوية من الديدان التي تتعلق بها وتثقبها
وتسفذ في تجويف البريتون وبعض المؤلفين اعتبر وجود الديدان في القناة
الغذائية جيدا فاعاقل لانها تتغذى من فضلات الجواهر الغذائية المقدوفة
من البنية كالمادة المخاطية الكثيرة وتنبه القناة الهضمية بحركاتها وتعين على
ممارسة جميع الوظائف لكن هذا الرأي الاخير لبعض علماء المولدات
انما قاله من يرى ان الله تعالى خلق الاشياء كلها لاجل الانسان وهذه من جملة
منافعه اذا نظرنا لادنى شيء من الامور الواقعية غير اننا نرى ان هذه الديدان
قد يكثر منها عدد كثير في القناة الغذائية بدون ان يظهر عرض مرضي يدل
عليها وكثيرا ما يعرض منها عوارض ثقيلة تنقطع حالا بعد خروج تلك الديدان
بنفسها او بالصناعة لكن المضاد للدود قد يشفي الداء بخاصة اخرى سوى خاصة
قتله للدود ولذا ترى في مشاهدات كثيرة للمغص الاعتيادي والصرع والخوربا
والضعف والهبوط لجميع الوظائف والاستبريا الدودية والتشنجات الدودية
والتي الديداني والقواق ونحو ذلك ان هذه الامراض شفيت باستعمال
مضادات الدود بدون است فراغ نفلى دودي محسوس اى بدون مشاهدة قطع
من الديدان في المواد الثلجية هذا ويعسر جدا تمييز العوارض الناتجة من
الديدان نفسها وذلك لعسر فصل الاعراض الناشئة منها عن الاعراض
الناشئة من سبب آخر مصاحب له بحيث لا يمكن ذكر مثال صحيح للداء الديداني
الحقيقي ما عدا بعض احوال تكون الاعراض الموضعية فيها حاصلة حصولا
مباشرا من وجود كرات ديدانية في الامعاء فكما ان بعض الاحوال زال فيها
جميع الاعراض بخروج كمية من الدود بنفسها او بالصناعة وبعضها تحقق بفتح
الجنة ان السبب المادى للمرض هو وجود عدد كثير من تلك الديدان في القناة
الغذائية كذلك عندنا امثلة لم يحصل فيها من وجود كثير من تلك الديدان
عارض اصلا فاذا ن يجوز ان تكون العوارض المذكورة في الاحوال

الاخر ناشئة من سبب آخر فقد ظهر لك من ذلك ابطال كثير من طب الطفولية
المؤسس على نسبة جميع الامراض لهذا السن من الحياة سواء للاسنان
واللديدان كيف لا والاعتقاد القبيح على الاسراف في استعمال مضادات
الديدان لاطفال ظن اجتماعهم لها بسبب خروج شيء منها من القم والشرح
قد يحصل منه عوارض والتهابات في القناة الغذائية او ينقل تلك العوارض
اذا كانت موجودة فاذن لا تقدر في الحالة الراهنة لمعارفنا ان تقول بامراض
ديدانية حقيقية اعني امراض ناشئة فقط من وجود ديدان في القناة الغذائية
وانما تقول بامراض ديدانية فقط وتلك الاعراض ليست واضحة الصفات
وانما فيها ايهام ويلزمنا معرفتها والتأمل في العلم بمقدار اعتبارها اذ لا يخفى
ان الطب فيه ماهو يقيني وفيه ماهو ظني ومن الغلط المضر الاشتغال باليقيني
من العلم وترد الظني لان الظني الآن قد يصير يقينيا في غد

وذكرنا من العلامات الدالة يقينا او ظنا على وجود الدود في الامعاء انتفاع
الوجه اورصاصية لونه واحيا ناطه وحرارة واحمرار وفتق فيه وتكدر في العين
واتساع في الحديقة واحيانا حول واكلان في الخيشيم وعطاس ورأحة حض
من القم وقد للشهية او انخرامها انخراما غريبا وغثيان وفيه وآلام ومغص
مختلف الشدة (ويسمى بالمغص الديداني) وبول متكدربلني وصرير في الاسنان
مدة النوم وتشجات جزئية او عامة وهذيان وغطمشة برهية وطرش برهية
واعراض مخية مختلفة توافق الامراض المخية للاطفال وذكرنا ريس من العلامات
المشتركة سيلان اللعاب ورطوبة الشفتين بالليل وجفافهما بالنهار وذكر في علته
ذلك ان الحرارة تنتشر بالنهار فتجذب معها الرطوبة فتجوع الديدان وتجذب من
المعدة فتجفف سطحها المتصل بسطح القم والشفة والهواء الخارج يعين على ذلك
فيرطب المريض شفتيه بلسانه كذا قال ولا يخلو عن بعض شيء ثم قال وقد يعرض
لصاحب الديدان ضجر واستئصال للكلام ويكون في هيئة المغضب السيء
الخلق ثم ذكر اعراضا من التي ذكرناها ثم قال ويكون في كثير من الاوقات كانه
يمضغ شيئا وكأنه يشتمى دلع اللسان ويعرض له ثوب في النوم وصراخ فيه وتعلم

واضطراب وضيق صدر على من ينفه واذا اشتدت العلة والوجع سقطوا ونسجوا
 والتواوا كالمصر وعين وربما عرض لهم في هذا الوقت ان يقيموا هذه الديدان
 وتختلف الوانهم والوان اعينهم ووجوههم وربما انتفخوا وتيجوا وتعددت بطونهم
 كالمتسقين وكانما بطونهم جاسية وربما ورمت خصاصهم ويعرقون عرقا باردا
 مع تن شديد انتهى ولا مانع من حصول ذلك ومن هذه الاعراض ما يجلسه
 في القناة الغذائية ومنها ما هي سمبائية اي اشتراكية وكلها مهمة فاذا اخذت
 على حدتها لم يؤخذ منها شيء وان اخذت بمجموعة قرب للعقل دلالة على شيء
 لكن لا تصل الى اليقين اصلا ولا يغلب على الظن وجود الديدان الا بما رمادى
 بان يدفع بنفسه او بالصناعة شيء منها حيا كان او ميتا فيه بعض تعفن وهذا
 غير يتقنها واحد انما تأثيرا في الامراض لان ذلك شيء آخر غير ما هنا ولما كان
 من المعلوم الثابت كل يوم انه قد يوجد من الديدان مقدار كبير في الامعاء بدون
 ان يعلم وجودها بعرض من الاعراض وان الاعراض التي ذكرناها قد توجد
 مع عدم وجود شيء من انواع الديدان ويتحقق ذلك بعد الموت كدلة الحياة ايضا
 ظن برمسيران الداء الديداني يلزم ان يميز جيدا عن وجود الديدان وان الداء
 الديداني يقوم من تكدر في الوظائف الهضمية نتج من تراكم جواهر قابلة
 لان يتكون منها الديدان فسواء وجدت او لم توجد لا يحصل تنوع في هذا الداء
 الديداني والتمييز بينهما دقيق جدا قال كرويلير ويظهر لي ان الداء الديداني
 بدون ديدان يلزم ان تكون نظير ما سمعنا سيدنام بالجدرى الغير المصاحب
 للجدرى

وظلمة تشخيص الديدان المعوية كثيرا ما كانت يذوبعا لغلطات ثقيلة جدا
 فمن اطباء من ظن ان الاعراض التي شاهدها منسوبة للديدان مع انها كانت
 اعراض استسقاء في بطون المخ حاد او التهاب للعنكبوتية حاد او مزمن ومنهم
 من نسب للأمراض الخفية المبتدأة اعراضا انقادت وشفيت باستفراغ الديدان
 المعوية وبالجملة فالغلط في ذلك مهمل
 ثم يقال هل وجود هذه الديدان في الامعاء يلهمها ونقول يظهر من بعض

الامور الواقعية ذلك لئلا يظهر من كثير منها عدم ضرر وجوده بحيث
للانسان ان يسأل ويقول هل يوجد في الاحوال التي اجتمع فيها الالتهاب
والديدان ارتباط سبب بنتيجة او مجرد مصاحبة فقط بل ظن كثير من مهرة
الاطباء ان في تلك الاحوال حتى وان امكن صحة التشخيص يلزم اهمال الديدان
والاشتغال بمعالجة الالتهاب وكثيرا ما اشتبه الحال على بعض الاطباء
فتسبب لوجود الديدان المعوية القولنج والاختناق الباطني كالاختناق الفتقي
وقد الف ودكند رسالة عنونها اختناق الفتق المصاحب للديدان وسلك فيها
الدقة حتى اختار وجود اختناق ديداني تشنجي واختناق ديداني انسدادى
ومن المحقق ان تراكم عدد كثير من الديدان في المعال الذي انزاح عن محله قد يحصل
منه اخطار كالتى تحصل من تراكم المواد الثقلية مع ان برمسيد ذكر ان هذه
الديدان يسهل ان يصغر حجمها اكثر من المواد الثقلية بسبب دقتها وشكلها
وقابليتها للحركة وحركاتها الخاصة واسطمتها للمسا

تشخيص انواع الديدان * قد ذكرنا تشخيص الديدان المعوية عموما ولنذكر
بعض اعراض مخصوصة بكل من الانواع الاربعة التي اخترناها فان اغلب
الصفات السابقة التي ذكرناها تدل على وجود الديدان انما تنزل على الديدان
الوثابة الطوار اعنى الخراطين ويظهر ان وجودها في المعدة يعقبه دائما الحركات
العنيفة للتيء واما الديدان الصغيرة فهي اسهل معرفة من بقية الانواع ويمكن
ان تكون هي اكثر من غيرها في احداث عوارض ثقيلة وذلك لانها تسكن
بالاكثر في ثنيات الطرف السفلى للمستقيم فتحدث اكلانا شديدا في هذا القسم
واحيانا الا اما قوية قال كروفليير دعيتم اعلاج طفل عمره من تسع سنين
الى عشر وكان يلق في الليل جملة ساعات لا تختلف كل ليلة بسبب الآم لا تطاق
في قسم الشرج فيصبح صياحا شديدا ويقبض على شرجه ويرحف عليه
في اوضته من شدة الآم ويجئ هذه الآم على ادوار حملتى في الابتداء على ظن
وجود حصى متقطعة فامرته بكبريات الكين جرعاً ثم حقناً فلم يجد ذلك
فعما ثم تخيل لي ان هذه الآم الدورية يمكن ان تكون من الديدان الصغيرة

فتخرجت المتكفلين به ان يرسلوا الى في ساعة الالم فحصل ذلك فبحث في الشرج
 فوجدت في عمق الثنيات كثيرا من هذه الحيوانات الصغيرة التي تتحرك بحركة
 عظيمة فادخلت بعضا من المرهم السخاوي الى الزبيقي في الشرج وداومت على
 ذلك مدة ايام فزال الالم مع السبب ثم بعد بعض سنين رجعت الالام ثانيا
 ففعلت العلاج المذكور فزال حالا وعرض على بعد ذلك اطفال من هذا
 القبيل كانت تلك الحيوانات تسكن هادئة فيهم بالنهار وعند اخذ مضجعهم
 يعتريهم الاكلان ثم الالام الدالة على استيقاظ تلك الحيوانات من نومها بالنهار
 انتهى وقد رأيت طفلا من بيت شريف في مصر عمره من ثلاث سنين الى اربع
 ومعه ما يقرب من مشاهدة كرو فليبر لكنني لم اكن مطلوبا بالعلاج فلا درى باي
 حالة ازيل منه وقد ذكروا امثلة من التشنجات بل ومن نوب الصرع ناشئة من
 هذا السبب ويقرب للعقل ان هذه الديدان الصغيرة لا تنتج عوارض الا اذا
 كانت شاعلة للطرف السفلي من المستقيم واما التي في جسم المستقيم وبقية
 الامعاء الغلاظ فلا يحصل منها شيء فقد ذكروا من خرج منه مقدار عظيم من
 تلك الديدان بالبراز مع انه لم يحصل له ادنى شيء من العوارض السابقة
 وقد عمر هذه الحيوانات من دائر الشرج الى المهبل فحدث هنالك اكلان شديدا
 واحيانا غلظة حقيقية وذلك يوجد بكثرة في الاطفال وان شاهده يلك ايضا
 في امرأة عمرها سبعون سنة ويستفرغ برزق المغليات المرة في المهبل كثيرا من
 هذه الديدان فتزول بذلك الاعراض الموجودة
 واما الديدان الشعرية الرأس فيظهر انه ليس هنالك علامة تدل على وجودها
 واما اشتراكها مع اعراض التهاب المعوى الجراني الحاد والمزمن والحجيات
 الخسائية ليدبرر ووجليد فشكوك فيه ويقال مثل ذلك في دود القرع واما
 اعتبار كون تشخيص هذا اسهل من تشخيص غيره فذلك لان وجود اجزاء منه
 في المواد النظلية لا تفر من ادنى بحث سطحي
 ثم قد علمت ان كل نوع من الديدان المعوية يكون مجلسه في جزء معين من الامعاء
 فيقرب للعقل انه اذا شغل محلا آخر منها غير المعين له كان متعبا وقد بالغ بعض

الاطباء في الضرر الذي يحصل منه اذ الذئب ان منهم من نسب لانتقاله
 من الامعاء الى المعدة عوارض ثقيلة مع ان كروفليير وجد منه مقدارا كبيرا
 ساكنا في معدة اشخاص لم يشاهد فيه حال الحياة اعراض لهذا العضو والتي
 الشديدة الاختناق والالتهاب البريتوني الولادي يصحبها حركة مضادة للحركة
 التوجية ترد للمعدة مقدارا عظيما من الصفراء ومن الديدان المحتوية عليها المعاء
 الدقيق ومرور الديدان من المعدة الى المريء نارة يحصل منه عوارض ثقيلة
 وتارة لا يحصل ذلك الا اذا وصل للبلعوم فينقذف بالقيء قال كروفليير وكثيرا
 ما رأيت وصول الديدان الى الحلق بدون ان توجد قبل ذلك علامة تدل على
 وجودها ثم لما وصل الى ذلك المحل سبب نغمة متعبة واحساسا بجسم غريب
 فادخل المريض اصبعيه في الفم لخلقي ونزع بهما دودة وحصل له عند ذلك
 حركة غثيان وشوهد خروج الديدان ايضا من الحفر الاقية مع حركات القيء
 العنيفة وربما نفذت الديدان من الامعاء الى اعضاء اخر كالقنوات الهوائية
 والقنوات الكبدية لكن الظاهر ان هذا الدخول لا يمكن مداه الحياة لان
 المزمار يتقبض جدا فالقوة الزفيرية اى المعينة على اخراج الهواء من الرئتين
 تعارض يقينا هذا الممر فاذا لم يمكن صعود هذه الديدان من المريء الى البلعوم
 ودخولها في الطرق الهوائية الابدالموت اوفى اللطافات الاخيرة من النزاع
 مع الاسفكسيا وكذلك امكان دخول هذه الديدان المعوية في القنوات الكبدية
 انما يحصل بعد الموت اوفى النزاع فقد ذكروا حالة وجد فيها ثلاث من تلك الديدان
 في القناة الصفراوية ووصلت الى المرارة ومن امثلة ذلك ما ذكره جرسان وهو
 ان طفلا كان يشكو بغيض خفيف ثم حصل له حالات شنجات وعقب ذلك الموت
 السريع ولما فتمت جثته لم يوجد تغير في مخه ولا في النخاع الفقري ولا في الاعضاء
 المحوية في الصدر ولا في البطن وانما وجد دودتان معويتان طولهما من سبعة
 قراريط الى ثمانية نفذتا في القناة الكبدية ودخلتا في القنوات الصفراوية
 فمن حيث ان التشنجات حصلت عقب المغص تظن ان السبب الحقيقي لها
 هو الدخول القبحا في الوقت لهذه الحيوانات في القنوات الصفراوية واما

الاحوال الاخر التي شاهدت فيها الظاهرات العصبية والتشنجات المهلكة في
الاطفال المصابين بالديدان فكان فيها يقينا مرض مخي رثوى او معدى معوى
غير متعلق بوجود هذه الحيوانات انتهى كلام جرسان ونتج منه ان عدم وجود
آفة مخنية او رثوية او معدية معوية في الحالة السابقة هو الذى حمل جرسان على
ان يقول ان دخول الديدان في القنوات الصفراوية هو سبب التشنجات مع اتنا
كثيرا ما نرى تشنجات مهلكة في سن الطفولية ولا توجد آفة عضوية تدل عليها
لكن لا تمنع في مدة الحياة هذه الفتحة المشتركة بين القناة الصفراوية والقناة
كما هو الغالب دخول هذه الديدان في القنوات الصفراوية مع ان فيها كبقية
القنوات المخاطية حيوية عظيمة نعم هنالك امر واقعى شاهده لاهتك يظهر انه
يقوى رأى جرسان وهوانه وجد معدة طفل محتوية على عدد كثير من الديدان
الوثابة ووجد المنافذ الصفراوية متوترة وبعض مواضع من منسوج الكبد
متأكلة من الديدان المذكورة غير ان مما يأسف عليه ان هذا الماهر لم يشرح
هذه المشاهدات شرحا تفصيليا اذ لم يذكر خصوص نوع التغير الذى اهمه
وعبر عنه بالتأكل والصفراء دائما لا تمنع توطن هذه الديدان ولا نموها في القنوات
الصفراوية لان تلك الصفراء توجد في القناة المعوية كما توجد في القنوات
الصفراوية نعم من المحقق ان حراقها تلتطف في القناة الغذائية بوجود المادة
المخاطية والمواد الغذائية

واما ثقب هذه الديدان للمعدة والمرى والامعاء فذكره جملة من المؤلفين واكدوا
ذلك بمشاهدات كثيرة قال كروفليير هل يلزم ان يقال ان الالتهاب الذى سبق
تكون الخراج متسبب عن الديدان وبذل لذلك الشكل المستدير لهذه الثقوب
الذى يتوافق بالضبط مع شكل الدود لكن يشكك على ذلك انه كثيرا ما لا يوجد
هذا الشكل في الثقوب وذكروا للدلالة على ثقب المعاء حالات الفتوق
المختنقة المنتهية بالغغر ناهي حيث يوجد فيها ديدان تخرج مع المواد الثظلية غير
ان الديدان لا تؤثر هنا سوى تأثير المواد المذكورة فالذى اراه تبعا للطبيين
رودلفي وبرمسير ان مرور الديدان في تجويف البريتون اوخر وجهها للظاهر

من خراج يكون دائما تابعا لانتقاب ناتج من سبب عزيز عنها اذ لم يكشف فيها
اعضاء ناقبة وايضا لم اشاهد في الانسان احد طرفيها متعلقا بجدران المعاء
ولاد اخلاقي الاجربة المنعزلة نعم رأيتها كما شاهدتها غيرى نافذة من ثقب المعاء
غير ان الظاهر لي ان هذا الممر انما كان تابعا للانتقاب نفسه ونوع هذه الديدان
في الانسان مخالف للنوع الذي ينغرس بمنقاره في المسام لان هذا الوتمكن
من الامعاء لثقب نحو ثلثي سمكها او ثلاثة ارباعه وتكونت منه درنات
يمكن ان تبقى دائما يقاء هذه الديدان فيها وبالجملة فلم المؤلفين مشاهدات كثيرة
ناطقة بانتقاب المعاء من الديدان وسما مشاهدتان للطبيب بليير احدهما
لطفل عمره ثنتا عشرة سنة ومات في اثناء تشنجات شديدة ووجد في مريته
قرحة بينها وبين تجويف محفور في القص الرئوي المتوسط اتصال وفي ذلك
التجويف دودتان طول كل نحو خمسة قراريط ودودة داخله في القرحة
وحزمة مكونة من ست دودات مائلة للقناة المرئية اعلى القمحة الاعتيادية
وثلاث دودات في المعدة فجزم المشاهد بان القرحة انما نشأت من الدود والحالة
الثانية لطفل عمره خمس سنين مات باعراض منسوبة لالتهاب البريتون
والامعاء والمخ او انصباب مصلي في العنكبوتية فوجد انتقاب في المري قطره
اقله قيراط وداخله فيه دودة مبرومة عظيمة الحجم وخرج منه دودتان حتى
شغلنا الجزء المقابل له من السلسلة الفقرية ووجدت ثلاثة اخرى في المعدة ثم قال
المشاهد ولم اجد هناك التهابا معديا ولا مريئيا ولا تكتا غنغرينية يتضح
منها هذا التقرح فيكون حصوله انما هو من اكل الدود ويبحث كرو فليير في هاتين
المشاهدتين فنقول الاولى بوجود جحراى شبه مغارة رئوية انفتح من تقرح
المري فالديدان المحوية في هذه القناة تيسر لها النفوذ من القرحة والانتقاب
في المشاهدة الثانية يصح ان يكون مثالا لثقب حصل من ذاته في المري
وكان مصاحبا لتي متكرر وتحلل سريع عميق واعراض مبهمه تخفية ومعدية
وربما اعان عدم وجود التهاب على هذا الظن وبالجملة لا ترى في هذه الامور
الواقعية كما في غيرها مما يشبهها الاتفرق اتصال وديدان داخله في هذا التفرق

واما **كون** حصول هذا التفرق من الديدان فلا يعلم من تلك المشاهدات ولا يثبت عندي ان فيها قوة على تقب المعال اذا راها متعلقة بجدران القناة الغذائية انتهى

وما قلناه في مرور ديدان الامعاء للتجاويف المجاورة لها سواء بالتقب او بدونه يقال مثله في مجاور الطرق التناسلية البولية اذ لا يخفى ان اتصال المستقيم او جزء من المعاء غيره بالمثانة يمكن ان يحصل منه مرور الدود كالمواد النفلية في المثانة ومجاورة الفوهة المهبلية والشرح توضح لنا ايضا مرور الدود من الشرح للمهبل ورماعلط المريض نفسه في ذلك وظنه متولدا من المهبل نفسه

العلاج * وصايا العلاج هي التحرس من تكون الدود ومضادات الديدان تقوم من الادوية المرة والمسهلات والمقويات وينبغي في استعمالها غاية الاحتراس والاتباع فان هذه الادوية اذا استعملت بدون قانون ولزوم كما اذا لم يكن هناك دود اصلا ربما حصل منها آفات ثقيلة خطيرة ثم ينبغي ان تعلم انه لم يكن هناك داء امروا له بادوية كثيرة مثل الديدان المعوية وليس ذلك لعدم وجود مضاد للدودة سوى وانما هو لعدم اتقان التشخيص لان الطبيب قد يظن وجود الدود ويعالج بمقتضى ظنه والحال انه لم يكن هناك دود اصلا في اتقن التشخيص وكان الدود موجودا سهل علاجه جدا لكن من سوء الحظ عسر ذلك اذ لا يمكن تحقيقه الا اذا خرج شيء من الديدان مع البراز والقيء مع ان الديدان قد تكون موجودة بدون ان يحدث منها ظاهرة مرضية فاذا ن استعمال مضاد الديدان القوي يلزم ان يكون مقصورا على احوال يسيرة ونقول ينبغي ان يكون امر الطبيب بمضادات الدود اقل من الاقتصاد بل المنع من استعماله اذ متى وجد طفل نحيف معه اسهال وحصى وقيء وتشنجات اتهم بالدود فيعطى له بمقتضى الشهرة المعروفة في المدن مضاد له وذلك المضاد اما من الادوية المرة او المسهلات ولا ينبغي ضرر هذا على مثل ذلك الطفل فيكون الطبيب حينئذ هو القاتل له وينبغي ان لا يقول على كلام المريض من كل وجه قد يظن

بعض المصايين بالايوخنديا وجود ديدان تسير من الامعاء الى المعدة والمرى
وتتمنى في ايديهم وارجلهم واكتافهم وظهورهم ويقولون انها تعض
العضو القلاني وربما شفى هؤلاء بحيل يفعلها الطبيب معهم ويظهر لهم بها
انه اخرج منهم الدود وظهر لنا مما ذكرناه ان استعمال مضادات الدود ينبغي
ان يكون محدودا بمقدور متوسط لان وجود الدود ليس شيا ثقيلا بحيث
يعارضه دواء قوى الفاعلية حافظ منه قال برمسبر فالادوية التي يأملون بها
بدون تمييزاكثر ضررا للمرضى من وجود الديدان المعوية المشهورة بزيادة
الخطر ومع ذلك ينبغي الاحتراس ايضا من التفريط المقابل لذلك بان لا يستعمل
مضاد للدود اصلا والاستعداد الديداني اى لتكون الدود المعوى كثيرا ما يوجد
ويرزول من نفسه في بعض ازمنة الحياة

العلاج الحافظ * يمكن منع تولد الديدان بالتدبير الغذائى المناسب وبالتباعد
عن الاسباب التى ذكرناها فان لم يمكن ذلك فبالوسائط المخصوصة
بالتعديل فيمنع الشخص عن الرطوبة ولا سيما البرد الرطب فاذا كانت السكنى
في اقليم بارد رطب او كانت صناعة الشخص تحوجه للاقامة في محل بارد رطب
يعتدل هذا التأثير بملابس الصوف وبالرياضة والتغذية المنبهة واذ قد علمت
ان القوة المشبهة للاغذية اذا كانت غير تامة اى اذا لم يحصل في الاغذية تشبيه
تام سواء كان ذلك ناشئا من مقدارها بان كانت كثيرة او من صفتها كانت هي
السبب الاعتيادى لتولد الدود علمت انه يلزم ان تكون الاغذية دائما انزل
عن فاعلية القوى الهضمية حتى تقدر هذه على هضمها فلا يعطى المريض
اغذية كثيرة من خالص المواد النباتية ولا كثيرة المائية ولا الفواكه العجبة اى
الغير الناضجة وانما يستعمل معها الجواهر الحيوانية كاللحوم مع بعض نبيذ
وجميع ذلك ينزل بالاكثر على الاطفال الذين كان تدبيرهم الغذائى غالبا بعد
القطامة حال ردى الانتظام وهناك نوع من العلاج الحافظ استعمله كروغليير
كثيرا في الاطفال ذوى البنية الرخوة وهو ان يعطى لهم كل شهر مدة ثلاثة
ايام او اربعة من ست قمحات الى ثنى عشرة من البزراخراسانى المحقوق

ويتعاطون

ويتعاطون ذلك مع اللبن في الصباح او تستعمل ملعقة صغيرة من شراب الكينا
 العلاج الشفائي اذا نزل من الطفل مع البراز ديدان وكان معه مجموع الاعراض
 الدالة على وجود الديدان لزم تحصيل شيتين احدهما دفع الديدان الموجودة
 في الامعاء اى اخراجها الى الخارج وثانيهما تعديل الاستعداد المعين على
 تولدها اى تقويمه وابطاله فاندفاع الديدان ينال بوساطة كثيرة شجنت بها
 المؤلفات قديما وحديثا واغلبها تجرى فكل دواء اتقذف منه الدود مع المواد
 التظلية يوضع في رتبة مضادات الديدان وعدد تلك الادوية كثير وتستعمل
 من الباطن مشروبات وحقنا ومن الظاهر مر وخاوضمادات وكدمات وحمامات
 ولنذكر منها ما ثبت بالتجربة قوة فعله

فاولا المسهلات معظمها بل كلها طارد للدود وهل ذلك بخاصة ذاتية فيها
 ابرز يادتها الافراز المعوى والحركة التوجيهية للامعاء فاما مدح بكونه دواء
 خاصا لطرد الدود السناسا المسكى والراوند والصبر والحنظل والجلابا مسحوقة
 او منقوعة وكبريتات الصود والطرطير المقي والطرطير الحمضى البوتاسى
 وكربونات المغنيسيا وخصوصا الكولوميلاس ومدحوا ايضا الادهان
 خصوصا لكن على حسب التجارب التى سنذكرها قريبا يقرب للعقل
 انها تؤثر تأثير المسهل وثانيا الادوية المرة والحديدية والكبريت والمياه
 الكبريتية والافاقيا المرة والكينكينا والوالريانا والبصل والكراث وهذان
 الاخيران الطاردان للدود هما النافعان لاهل الارياق بيلادنا وسببا البصل
 ومن ادوية بقراط قشر الجوز الاخضر وذكروا ايضا الاتير والحلتيت والكافور
 والزيت العطرى للترينينا والنفط والزيت الحيوانى لاديل والزيت الاحتراق
 لسابير حيث ظن ان تأثيره انما هو بالزيت العطرى الترينينى المحتوى هو عليه
 والتصدير والحض البروسيك والماء الذى غلى فيه الزبيق ومربات الصود
 ومرة الثور وادوية اخر غير ذلك مدحوا نجاحتها فن القتالة للديدان
 الطوال القراسيون والشج والتمس المر والفوتنج وعصارته والقسط المر
 والاقليمون والتنع والكافيطوس والقنطوريون والثوم خاصة ودرماتل حب

القرع وبزر الراز باحج والا س والسقتر والافستين وبزر الكرنب واصل الراسن
وبزر الكرفس والحرف والكهون والشونيز والبسفايح واحسن مايسهل بعد
القتل الصبر واذا شرب انسان من الزيت شربة وافرة قدر ما يمكنه قتلهما
واخرجهما ومن الادوية ايضا ورق الخوخ وماء والوخشيزك وهي الحشيشة
الخراسانية القتالة للدود وهي شبه بزر الخلة وبزر الخلة والكبر والسعد والحاشا
واذا اقترن مع الديان اسهل استعماله بزر البقلة الجمقا ويقال ان ماء البطيخ
يقتلهما والخل وخصوصا خل العنصل اذا تحسناه صاحب الدود كل ليلة
تقع جدا وقطع مادتها وخصوصا مع بعض الادوية قال في الموحز ومن الحيل
الجيدة لاسقاء الدود الادوية القتالة لانها تعافها فلا تقربها ان يطعم صاحبها
اللبن ايا ما فاتها فتجبه ثم تجوع جوعا شديدا وتخلط الادوية باللبن من بعد حتى
لا تشمها ثم يشربه دفعة سادا المنخريه وربما امتص قبل شربه قليلا من اللحم
المدقوق المشوي او الكباب من غير ابتلاع وليكن بغير ملح ولا كزبرة لانه يكرههما
فتجيد الديان وتفتح افواهها ملتقمة لما يريد اليها اتبني غير ان هذه الادوية
تحتوى على خواص اخر غير طردها للدود فمن المهم ان يعرف نوع هذا الفعل
الطارد للدود حتى يختار من تلك الادوية ما يناسب الامراض المصاحبة
لوجود الديان فثلاث في الالتئامات المعوية الجراحية الحادة التي وصلت للدود
الذي يخشى منه فقد حياة المريض يحتاج لاستعمال الكينينا كينينا مغلية
او جوهرا او الكافور فانهما قد ينتج منهما طرد كية عظيمة من الدود وتزاد القوة
الطاردة للدود في الكينينا اذا اضيف اليها بعض ملاعق من منقوع السنبل لكن
هنالك جواهر ممتعة بخاصة طرد الدود فقط كما تحقق ذلك بالتجربة وتسمى باسم
طاردة الدود فهما له فعل خاص في بعض انواع الديان اكثر من الانواع
الآخر وذلك كالبرز الخراساني نوع من الارغيز من مدح للديان الطوال الوثابة
ومقدار ما يستعمل منه من ست قممات الى عشرين مسحوقا ومما ينبغي
التنبه عليه هو ان يستعمل البرز مجروش وعن قريب ومثله ايضا الافستين
صغيرا كان او كبيرا وازهار النباتات المسمى تاسيتوم واشتهر بطارد الدود

وشبة ايقوسيا والكروليناهي جوهر حيواني ينسب لنفس البوليبيوس لكن
يظهر ان فعله ضعيف وجميع انواع الافسنتين تعين على ابدفاع هذه الديدان
وتستعمل باشكال مختلفة وسيمانقوعا وخلاصة وكثيرا ما يشاهد تأثير هذه
الجواهر في حالة مخصوصة دون اخرى وربما لم يتيسر تمييز هذه الاحوال عن
بعضها تميزا جيدا وربما ظن ان الطارد المركب ينتج نتائج ادموم من الطارد
البسيط قال كروفلير والمقدار الا في الذي استعملته مرات كثيرة خرج به من
بعض الاطفال نحو ستين دودة في صباح يوم واحد وهو ان يؤخذ سناسكي
راوند بزر خراساني قيهوم ذكر شبة ايقوسيا زهر تاسيتوم افسنتين صغير
من كل واحد درهم يتقاع الكل على البارد في ثمان اواق من الماء ثم يصنع ويوضع
عليه كمية كافية من السكر حتى يصير في قوام الشراب ويستعمل منه ملعقة
في الصباح مدة ثلاثة ايام واما الزيت الاحتراقي لكبير فاني وان لم انازع
في خاصته الطارده الا اني لم استعمله قط لان طعمه الكريه منعني عن ان اصر به
للاطفال ولواصلح شراب اللجون واما الكلوميلاس الذي منفعته انه لا طعم له
فانه وان افراطوا في مدحه بسبب ذلك افراطا غريبا خصوصا للاطفال
الا ان خاصة طرده ليست مطردة قال كروفلير ولا اعلم دواء خاصا للديدان
الدقيقة الرأس كانه ليس هناك علامة تدل على وجودها ولا كذلك الديدان
الصغيرة فانها تكونها تسكن في المعالفيلط وسما الجزء السفلي من المستقيم
يمكن مباشرة علاجهما فقد اتفق ان طفلين سميت هذه الديدان فيهما الكلانادوريا
وحصل عقبه الام غير مطابقة وخلصا من ذلك بالدهان من المرهم الزيتي مرة
او مرتين كما وقع ذلك ايضا البالغ كبير مكث معه هذا النوع عشرين على ظن
ان معه تنبها عصبيا شديدا فامره بغلي الواربان والاتي والكافور والمسهلات
القيوية اما اتا فامره بتلك هذه الادوية وان لا يستعمل الحقن الباردة زمنا
فزمنا فاني اوم على ذلك نحو سنة فن حينئذ زال عنه هذا الاستعداد الاعتيادي
وشرف هذه الوسطة انما ينسب لوزيتن فانه هو الذي اوصي بها ويظهر لي
ان الاجسن من هذه الوسائط المذكورة الحقن المسهلة الزيتية والحقن بالمغلي

القوى للدوية الطاردة للدود مع استعمال الزيت الاحتراقى لشاير بكمية
ملعقة صغيرة وملعقتين في مغلى بزركتان وذكربعضهم نجاح الحقن بالماء
الكبريتى لبارش وبعض الاطباء اعتبر من الادوية الخاصة لطرد الدود زهر
الكبريت بكمية من عشر قمعات الى خمس عشرة قال كروغليير ولا ادري هل
هذه الحوادث الواقعية مستندة للتجربة ام لا انتهى

وعلاج دود القرع بنوعيه ذكره في كل زمن ادوية تجريبية وللدجالين
الكذابين ادوية كثيرة بالغوا في مدحها وقد سردت معظمها ولكن ظهر فيها
مصادق (جرب تحزن) فلان ذلك هنا الا الادوية الرئيسة وذلك ان معظم
كيفية علاج ذلك يتدأ فيها بقيء ومسهل او مسهلين وبعد ذلك مدح زمنا
فزمنا الحار صينى المجروش بكمية نصف اوقية مدة يومين متتابعين وزيادة
القصدير والمسيلات القوية والدهن الحلو الخروع والكلو ميلاس والزيت
العطري للتربتينا والسياديل مسحوقة او بلوعا وزيت شاير وكبريتات
البوتاس والسرخس المذكور وبالجملة فالتاكيف مشحونة بادوية كثيرة
ومركبات واكثر ما يستعمل منها قاعدة السرخس المذكور مسحوقا بكمية
درهمين او ثلاثة في كل صباح مدة ايام وبعد ساعتين يؤمر بالدهن الحلو
للخروع او بلوع مسهلة وهذه الطريقة نتجت جيذا في دود القرع العريض
اى ذى الحلقات القصيرة ولم تنجح في دودة القرع الوحيدة الطويلة التى على رأى
برمسير يكون دواءها الخصوص هو الزيت الاحتراقى لشاير فان هذا
الزيت نتج معه في خمائة شخص مختلفين في السن والذكورة والانوثة فيبتدأ
بعمومه السابق بكمية اعتبر كروغليير انها زائدة جدا وهى ملعقتان في الصباح
والمساء ويلزم ان يداوم المريض على هذا الدواء من عشرة ايام الى اثني عشر
فبوجوب ذلك يستعمل اوقيتين ونصفا من هذا الزيت و زاد برمسير في الكمية
الى سبع اواق وذلك زائد جدا قال واقول ان هذا العلاج فيه بعض طول لكن
نتيجته محققة ولا يسبب تعب ولا يحصل منه اذى خطر وبالاختصار ينظر انه
تحقق بالتجربة لزوم استدامة العلاج زمنا طويلا اذا اريد تخليص الشخص

من نوع هذا الديدان انتهى قال كروطير وامر برمسير بدوام العلاج زمنا
مع ان كمية واحدة قوية قد تقتل الدودة المذكورة ولكن الكميات الاتية
بعدها لازمة ضرورية لتقتل بيضها وهناك اطباء يأمرون مدة هذا العلاج
بغذاء مسخن كاللحوم المحلّة وامر برمسير بالتجنب عن الاغذية الدقيقية
واللحوم الشحمية الدسمة

وهناك طريقة جيدة ناجحة موافقة للقوانين وهي طريقة بوردبيرطبيب قديم
من اطباء مارستان بيت الله يساريس وهي ان يعطى في الصباح على الريق
درهم من الاتيركريد في كوبه من مطبوخ جذر السرخس المذكور وبعد بعض
دقائق يؤمر بحقنة مركبة من ذلك ايضا وبعد ساعة يستعمل المريض اوقيتين
من الدهن الحلو للتخروج ويدوم على هذا العلاج ثلاثة ايام وذكرا ابن سينا
ان القطران من الادوية الخاصة بدود القرع فيستعمل حقنا واطلية ومثله
الصبر وشحم الخنظل وقشور اشجار مرة من نوع السرو والازاد رخت وذلك
مقبول للعقل

ولكن جميع الطرق العلاجية المدوحة الى الان لا ذكر لها في جانب طريقة
قشور جذور الرمان اذ يصح اعتبار انها هي الدواء الحقيقي الخاص بدود القرع
فالذلك يلزم ان تقف لها هنية فنقول خاصة طرد الدود لقشور شجر الرمان
معروفة من زمن قديم جدا عند اهل الهند وكذا عند العرب من قديم قال
ابن سينا وسلافة قشور شجرة الرمان الحامض او المزيج طبخ ليلة في الماء ثم يصفى
ويشرب فانه يقتل الدود انتهى ولم نعلم خاصة ذلك الجوهر بالاوربا الا سنة سبع
وثمانمائة والق عيسوية حين كان الطبيب بوشان جراحا للاقليزيين في بجال
فاعرض ذلك للناس عموما بعد ان استعمله بنجاح دائم ثم اشتهر ذلك
في الجرنالات وسبب سنة احدى وعشرين بعد الثمانمائة ولم تستعمل هذه
القشور عموما في فرنسا الا من سنة ثلاث وعشرين بعد الثمانمائة ثم كثرت
الاخبار بالنجاح واشتهرت حتى صارت كشمس النهار واستعملناها كثيرا
مدة ان كتابا رستان ابي زعبل في جملة من الحبش والسودان فنجحت وبالجمل

ليس فيها الا ان شك عند اطباء

والغالب استعمال مطبوخ هذا الدواء وكنيته المتوسطة اوقيتان في مئتين
اي اربعة ارطال تقرى من الماء ويغلى ذلك حتى يصير الماء منيا واحدا
يستعمل في اليوم وقد ثبت بالتجربة ان المقدار الضعيف جدا لا ينتج شيئا ولذلك
زاد وانيه حتى بلغت القشور اربع اواق في اليوم ولا خطر في ذلك لكن شوهه
احيانا انه حصل عقبه غثيان وفي ومغص بل وسدر ودار غير ان هذه النتائج
لم تلبث قليلا حتى تذهب ثم على مقتضى مشاهدات الطيب جوميز البرنغالي
ان احسن اوقات الاستعمال هو الوقت الذي يخرج فيه من المرضى اجزاء
من هذه الديدان فيقال انه لم يجب هذا الدواء حيثئذ قط فاذا لم يخرج
الاجزاء من الدودة لزم الامر به ثانيا ليخرج الباقي ومفعلة القشور لها تأثير عظيم
في النتائج فالقشور الرطبة اقوى جدا من الجافة ويقال ايضا ان القشور
المجربة اقوى من البلدية لكن هذا غير ثابت ومغلي قشور الرمان يسمى بالمغلي
المضاد للدود في كتب الاقرباذين وذكروا فيها انه يؤخذ من القشور اوقيتان
ومن الماء وطلان تقع مدة اربع وعشرين ساعة ثم يغلى الماء بلطف حتى
يصير رطلا واحدا ثم يصفى ويضاف عليه اوقية من شراب النعناع ويقسم ذلك
على ثلاثة اكواب يستعمل في كل نصف ساعة كوبية وعند اليقظة من نوم يوم
الاستعمال يؤمر بمجرعة مسهلة واذا عرض بعد الكمية الاولى او الثانية في
كما قد يتفق ذلك لم يكن ذلك مانعا لا عطاء الكمية الباقية فانها لا تنتج ذلك فان لم
يخرج الفرع بذلك اعيد العمل ثانيا وبعض اطباء اختار ان يؤمر مدة
يومين او ثلاثة في الصباح والمساء بزجاجتين من مغلي اقل قوة من ذلك اي مركبا
من اثني عشر درهما من القشور تغلي نصف ساعة في ثلاثة ارطال من ماء ويلزم
بعد ذلك الامر بالمسهل

ومن الضعافات للديدان ما ذكره العرب في كتبهم وهو ان يؤخذ قوس برى
وصبر وشحم خنظل يعجن بماء ورق الخوخ والاجاص ويضمد به حوالى السرة
فان كانت المعدة ضعيفة فليعجن الادوية بماء السفرجل وبزهره وبمن القتاليل

للديدان

للديدان الصغار ثمهم حنظل وقنطاريون وملح ومن الحنق حقة من قنطاريون وسرخس واقيون وبسفايح وقسط ومر وقشر اصل الثوت فيؤخذ من كل ثلاثة دراهم تطبخ وتستعمل بزيت

ويظهر يصادى رأى ان علاج الامراض الديدانية قابلة لتجربيات صحيحة اذا امكن اجتناء ديدان حية وتعريضهن لتأثير جواهر دوائية مختلفة فالجواهر الذى يسرع قتل هذه الحيوانات بدون ان يحدث فعلا مضر فى القناة الغذائية يلزم ان يكون هو المفضل على غيره وتقول قد علمت هذه التجربيات الا ان النتيجة لم تتوافق فالويلعسر جرد الالة الديدان حية لكونها تموت سريعا اذا صارت فى جو آخر غير الذى كانت فيه فالهواء الجوى قاتل لها وايضا لا يمكن الجزم بالنتيجة الواصلة الحاصلة فى الديدان من تأثير بعض الادوية التى تغيرت وتوعدت من فعل الهضم ومع ذلك فالنتائج القليلة التى وصل لها المجرىون فعلا الكفاية اذ لم تترك وراءها شيئا فقد ثبت روى وارتمان ان الزيوت الثابتة ليس فيها خاصة طرد الدود التى جعلوها لها وهذا نظير فان الحشرات تموت فى الزيت لكونه يسد اعضاء تنفسها ~~لكن~~ يقال ان اعضاء التنفس للديدان المعوية وتظهر من تجربياتهما ايضا ان زيت الخروع لا يؤثر خلاف تأثير الزيوت الاخرى ان خاصة طرده للدود يلزم ان تكون حاصلة من خاصة اسماله فان الديدان البشرية تعيش فى هذا الدهن من اربع واربعين الى ثمان واربعين ساعة والبرد والكحول والزيوت الاحتراقية تقتل الدود فى الحال ولذلك فنجحت الحنق الباردة مع كروفلير كما قلنا فى احوال كثيرة كانت فيها الديدان شاغلة للمعا الغليظ ووضع جو مبردة قرع طويلة فى مطبوخ جدر الرمان الغير الضعيف فرأى انها تكثرت وصارت غير متحركة ووضعها فى الماء البارد فلم تفعل الا بعض حركات ضعيفة فاستنتج من ذلك ان قشر جدر الرمان سم لهذا النوع من الديدان وسيأتى بجملة مركبات لطرد الدود فى الدستور الذى سنذكره آخر الكتاب ان شاء الله تعالى فهذه هى الاعتبارات الرئيسة التى عندنا فى الديدان المعوية فى الانسان ولتختم ذلك ببيان بعض غلطات ينبغى ان تتنبه

لهما الاطباء وهوان هنالك اجساما تخرج مع القيء او مواد الاسهال وتشبه
الديدان بل شرحها بعضهم بذلك ولتسمها بشبه الديدان المعوية او بالديدان
المعوية الكاذبة

الديدان المعوية الكاذبة * قد تدخل اجسام في القناة الغذائية وتستفرغ
متغيرة بحيث لا تعرف ويكون منظرها بجسم آلي اودودة او قطع من
دودة بحيث قد ينقش بها الطبيب قال كروفلير ومن ذلك ما اطلعني عليه
الطبيبان كريب ورمشال على انه نوع مخصوص من الديدان المسماة ادايد
اي الحوصلية وكان ذلك كتلة حوصلية وجداها في براز مريض مصاب بقولنج
شديد انقطع منه بمجرد خروج ذلك ولما رأيتها ظننت بيادى الرأى اني عثرت
على نوع جديد من الديدان الحوصلية وكانت تلك الحوصلة مستطيلة منتهية
بطرفين خيطيين احدهما مندغم في شبه جوهر خاص لكنني لما اعنت النظر
والتأمل وجدت ذلك منسوجا نباتيا لم يظهر لي حيث ذنوع النبات الذي هو منه
فعرفت ان هذا الجوهر منسوب لجوهر خاص من التمار وكثيرا ما يحصل غلط
مثل ذلك لعلماء المولدات الثلاث فيظنون ما هو بمنظر حيواني انه حيوان
والامر ليس كذلك واتفق ان طفلا عمره احدى عشرة سنة كان الطبيب
استيايل يعالجه وكان معه نوب عصبية غريبة الطبيعة في نوبة من النوب
صار ذلك الطفل يضرب خنثته ويقول كيف يرعجنى شئ صغير فخرج من دبره
جسم صغير محاط بمادة مخاطية ومن حينئذ خلص الطفل من تلك النوب
فطن استيايل انه حيوان ورسم صورته وسماه باسم مخصوص على انه حيوان
مع انه على مقتضى ما قال رودلفي انما كان منسوجا نباتيا ككشف فيه هذا العالم
اوعية حلزونية وذكر برمسير انه كثيرا ما حمل اليه بقايا اغذية غير منهضمة من
اغشية واوتار ونباتات وسميا الهليون والفطر ويقولون له انها انواع من
الديدان واغرب من ذلك ما انغش به جميع مجلس ديوان العلماء بمدينة سين
من ايطاليا ووطنوه حيوانا جديدا مزدوج الارجل وجعله لامرئ من جنس
مخصوص وبالجملة يسهل بادى اتبناه تمييز بقايا الجواهر النباتية او الحيوانية

عن الديدان الحقيقية وسببها اذا كان عند الشخص بعض معارف
تشريحية وطرف من علم الحيوانات فبذلك يتميز الحيوان وبقيائه بصفاته
المعروفة عنده

الباب الثالث

في امراض متعلقات القناة المعوية

ينبغي ان يعتبر الكبد والطحال والباقي رياس من متعلقات القناة المعوية فيلزم
دراسة امراضها هنا وفي هذا الباب فصلان

الفصل الاول

في نمو الكبد وعيوب تكونها

الكبد في الجنين يبكر ظهورها اى يسرع قدها ثبات ولتير ان الكبد في الجنين
الذى له ثلاثة اسابيع يكون وزنها نصف وزن جميع جسمه وفي الجنين التام
الاشهر يكون بالنسبة لجسمه كنسبة واحد لثمانية عشر او واحد لعشرين وتتلأ
في الجنين والطفل المولود نحو ثلث تجويف البطن لانها تنزل الى قرب العرف
الحرقفي وبالجملة هذا العضو يسرع في الظهور والنمو مدة الحياة داخل الرحم
بمجيئ بعد من الاعضاء المهمة البطنية وذلك لانه يتم وظائف عظيمة ذاتية
بالنظر للدورة الدموية الجنينية بل ربما كان له دخل ايضا في التغذية لان نائج
افرازه ربما كان معينا على تغذية الجنين ولا حاجة لنا باطالة الكلام في ذلك
لان هذا ليس محله

واما عيوب تكون الكبد فتقول فيها الكبد لا تعدم بالكلية الا في عديم المخ رأسا
كما سيأتى ولا تشغل دائما في المولود محلها المعين لها فقد توجد خارج البطن
في حالة ليس فيها اتقاب الجدار البطنى بل وفي التجويف الصدرى اذا عدم جزء
من الحجاب الحاجز وقد يوجد في الكبد شقوق عميقة وتغيرات في الشكل يقل
الاهتمام بها وقد تعدم المرارة مع وجود قنواتها ولا يحصل من ذلك عوارض
قال بليار ولا علم انه شوهد اطفال ولدوا مع عدم وجود شئ من القنوات
الصفراوية وبالجملة ينذر ان تولد الاطفال ومعهم شئ من عيوب تكون

الكبد التي تغير صحة المولود او توقعها في الخطر كعظم العيوب التي ذكرناها

الفصل الثاني

في امراض الكبد

قال بليار الاطباء الاتقليزيون يهتمون جدا بامراض الكبد في الاطفال كما في البالغين فينسبون لتكدروطات هذا العضو معظم الانحرافات الهضمية وجعلوا السبب الغالب لكثير من تلك الامراض هو صفات الصفراء التي يصيبها الكبد في الامعاء واني لاجل التمسك بقواعد صحيحة في هذا الموضوع بحثت مع الانتباه في كبد جله اطفال وتحققت الصفات الطبيعية للصفراء فيهم والاعراض التي كانت معهم مدة الحياة فما رأيت في تلك الصفات والاعراض شيئا يوضح ويبين سبب ما تمسك به الاطباء الاتقليزيون في زعمهم بالتأثير الذي تفعله وظائف الكبد في صحة الاطفال ولكن قبل ان نذكر النتائج العامة لهذه البحث والتفتيش نذكر كايحات في امراض الكبد التي تظهر قبل الولادة فلنجعل في هذا الفصل مجئين

البحث الاول

في الامراض الخلقية في الكبد

الكبد كثيرا ما تكون مجاسا لاحتقان دموي مدة الحياة داخل الرحم وكثيرا ما يكون هذا العضو ايضا احمر مسودا قائما ووجدت منسوجة في طفلين ليناجدا وتنتشر منه رائحة واضحة كرائحة الادروجين المكر بن وكانا واصلنا لتمام اشهرهما وكانت بنيتهما قوية والحالة الظاهرة لجسمهما لا تعلن بشئ من الضعف ووجدت مرة في كبد طفل مولود بعض تعجبات درنية ومثل ذلك ايضا في الطحال والرتين وسنرجع لذلك عند مآته كالم على درن الرئة واما مقدار الصفراء والصفات الطبيعية لها في الاطفال فليس فيها اختلاف وبموجب ذلك ليس لها هنا قواعد ثابتة عامة واما الاحتقانات الضعفية في الكبد فهي في الحقيقة الافة الكثيرة الحصول في كبد المولودين جديدا وتعقل ذلك سهل فان الدورة الكبدية متعلقة تعلقا واصلا بالدورة العامة وبمقتضى ذلك

تستشعر سريريا بالانحرافات التي تعرض في وظائف الجهاز الدوري وقد
يتزق كبد الجنين التام الاشهر من ادنى ضغط يحصل على قسم الكبد فقد شاهد
كروفلير مثلا من ذلك وكان حاملا على ظن ان الضغط الذي يحصل على اعضاء
تسائل الام قد يحصل منه في بعض الاحوال هرس كبد الجنين

المبحث الثاني

في الامراض الكبدية التي تظهر بعد الولادة

ينبغي لاجل اعتبار تغيرات الكبد ان تعرف اول اوصاف هذا العضو ومنظره
في حالة السلامة ففي معظم المولودين يكون من الظاهر احمر مسمر اقلما ودائما
محتقنا بالدم ويسيل منه اذا شق نقط كثيرة سوداء سائلة وتكون المرارة مستطيلة
صغيرة الحجم مملوءة بصفراء لزجة خضراء كرائية وكلما تقدم الطفل في السن قل
احتقان الكبد وصارت الصفراء اكثر وزاد تمدد المرارة وقوام منسوج
الكبد يكون دائما بحيث اذا قطع يخرج القطع تقريبا ولا يتزق الا بعد جذب
عنيف وفي هذا المبحث اربعة مطالب

المطلب الاول

في احتقان الكبد

ادنى عائق للدورة يحصل منه الاحتقانات الضعفية في الكبد وتلك الاحتقانات
كثيرة الحصول للمولودين وتختلف اختلافا كبيرا بالنظر لكمية الدم المتراكم
في منسوج العضو وقد يكون فيه كثيرا جدا بحيث يحصل منه شبه تصعد
دموى على سطحه ويكون وجهه المحذب في هذه الحالة ملونا ومندى بطبقة
من دم منتشر او متصاعد بانفراش قال بليار قد رأيت في كثير من الاطفال
ان سباب دم في البطن حاصل من هذا الفيضان والاعراض التي توجد
في الاطفال المصابين بهذا الاحتقان الكبدى لا يمكن ان ينكشف بها وجود الداء
فهى نظير اعراض الاحتقان الرئوى وكثيرا ما توجد الكبد في اسفكسيا
المولودين محتقنة بدم اسود سائل ومثل ذلك ايضا العروق الغليظة البطنية
وبقية الجهاز الدوري عموما فيكون الاحتقان الكبدى حينئذ ناشئا من شبه

فيضان دموى نحو الاعضاء البطنية التي منها الكبد فيسبب كثرة اوعيتها
تكون قابلة لان تحتقن وتمتلئ بالدم
ويظهر ان احتقانات الكبد قد تغير ناتج افرازها ففي بعض الاطفال الذين فيهم
الكبد قوية الاحتقان وحدث المرارة متددة ممتلئة بصفرء فحينئذ خضرء
مسودة بل احيانا مدمة واتفق في طفل اني رأيت بدل الصفرء دما اسود خيطيا
ويقال ان الكبد المتغير تركيبه لم يتيسر له ان ينوع الدم الذي يقبله تنوعا
حيويا وفسيو لوجيا حتى يصير صفرء وعلاج الاحتقان الكبدي يلزم ان يكون
كالاحتقانات المعوية والصدرية لان هذه الحالة الاحتقانية تشاهد في آن
واحد في هذه الاجهزة الثلاثة التي يظهر انها مرتبطة ببعضها بواسطة فروع
من جذع واحد من جذوع الدورة

المطلب الثاني

في التهابات الكبد في الاطفال

قال بليار اظن انه ليس هناك عضو يعسر تحقق التهابه في الاطفال كعسر تحقق
التهاب الكبد فتغيرات لونه وتركيبه كثيرة مختلفة بحيث لا يعرف في الغالب
السبب الذي ينسب له ذلك ولا تكلم هناك على الانواع الكثيرة التي توجد في لون
كبد الكبد البار بالبالغين وانما نذكر بعض تنوع في لون كبد الاطفال وحيث
لم يكن عندي في مشاهداتي امر يقيني في الصفات التشريحية ولا في الاعراض
للا التهاب الكبد في الاطفال الرضع التزم ان اقنع بما ذكره المؤلفون وأجتهد
في تكملة القواعد والاصول التي يتأسس عليها شرح التهابات الكبد
فاقتصر على ذكر التباين العام لا بعمق وتفنيشي في الهيئات المختلفة للكبد
ونسبتها لكمية الصفرء وكيفيتها واعراض الجهاز الهضمي التي توجد في الطفل
وليكن ذلك في المطلب الثالث

المطلب الثالث

في احوال مختلفة للكبد معتبرة بالنسبة لصفة الصفرء
قال بليار قد فعلت هذه الابحاث في خمسين طفلا من الذكور والاناث وسنهم

من يوم وستة ايام الى ثمانية اشهر فوجدت في كبد اثني عشر منهم
الصفات الظاهرة للسلامة مع عدم الاحتقان والترشح بالدم زيادة عن العادة
وفي اثنين وجدت الصفراء متلونة وفيها بعض لزوجة ووجدتها في ثلاثة كثيرة
عديمة اللون صافية كالمصل وفي واحد خضراء جميلة قليلة وفي اثنين مسودة
كثيرة جدا وفي اثنين آخرين قليلة الكثرة صفراء زاهية وفي اثنين آخرين خضراء
مصفرة كثيرة الزوجة فقد شوهد في هذا البحث الاول مع وجود صفات
السلامة للكبد ان لون الصفراء وقوامها يختلفان ووجدت الكبد محتقنة بالدم
في ثمانية وعشرين طفلا وكانت الصفراء خضراء فاتمة ومتوسطة الكثرة في عشرة
منهم وخضراء منتقعة كانها عديمة اللون في ثمانية اخر ومختلطة بدم في اثنين
ونخينة صفراء كلهم متجمدة في ثلاثة وقليلة الكثرة صفراء في اربعة ومتبدلة
في المرارة بسائل ابيض خيطي كالحطاط في طفل واحد

فعلم من ذلك ان الاحتقان الدموي في الكبد لا يسبب تغير الافراز الذي هو
متماثل دائما اقله في الظاهر فانه نرى هنا ان كمية الصفراء وصفتها يختلفان
كثيرا في الاطفال الذين توجد كبدهم في حالة مرضية واما العشرة الباقية
فوجدت في كبدهم صفات مختلفة ومثلها في الاختلاف صفات الصفراء ايضا في
ثلاثة اطفال كانت الكبد منتقعة وكانها خالية من الدم وكانت الصفراء في الاول
منهم منتقعة جدا وفي الثاني شديدة قتامة اللون وفي الثالث خضراء مسودة
مخلوطة بالدم فهنا نجد شيئا عظيم الاعتبار وهو ان الصفراء خضراء فاتمة
في طفل كبده كانت خالية من الدم وعديمة اللون بخلافها في بعض من كبدهم
محتقنة بالدم فانها وجدت زاهية عديمة اللون وفي رابع العشرة المذكورة
كانت الكبد سهلة التزق واذا عرفت وجدت كانها محببة واما جوهرها فيظهر
كانه مترشح بمصل مصفر ولذا كان اصفر جميلا وكانت الصفراء زائدة الكثرة
وخضراء قليلة الزوجة وفي الخامس كان منظر الكبد ورديا طيفيا والصفراء
كانت صفراء رقيقة وفي السادس والسابع كانت الكبد كبيرة الحجم منتقعة شعبة
والصفراء عديمة اللون في واحد وصفراء مخضرة في الاخر وفي الثامن كانت

الكبد سنجابية من الظاهر ولا يوجد ذلك اللون الاعلى السطح لانها لما شقت
وجد جوهرها اسمر محمر اشديد القمامة وكانت ايضا سهلة التمزق جدا والصفراء
خضراء خيطية والمرارة تقسمها مغشى باطنها بمخاطية سمكية جدا وفي التاسع
كان لون الكبد من رقامن الظاهر ومخضرا من الباطن وكانت تلك الكبد متينة
بحيث اذا قطعت قطعا تخرج تلك القطع نقيية وفي العاشر تحولت الكبد
الى لب محمر اذا هرس تنتشر منها رائحة الادروحين المكربن وكانت الصفراء
زائدة الكثرة ولونها اخضر غامق وكان معها مقدار عظيم من الدم
لكنه ليس مختلط بها وانما هو منفصل عنها بيته حبوب وخيوط متميزة
عن بعضها

فنتج من هذه الابحاث ان منظر الكبد مختلف جدا ومثل ذلك منظر الصفراء
بحيث لا يمكن وضع نسب وارتباطات عامة بين حالة الصفراء الموجودة
في المرارة والحالة الاعتيادية والمرضية للكبد واختلاف صفات الصفراء يلزم
ان يكون باختلاف التنوعات الكثيرة التي تعرض في الفعل المقرز لاجزاءنا
ولا يمكن الوقوف على تلك التنوعات مادامت مجهولة لنا كيفية حصول
الافراز في باطن الاعضاء فاذا اردنا الخوض في اسباب امراض الكبد وطبيعتها
في الاطفال وجدنا انفسنا مرتبكين في ميادين الجهل فنعترف بالعجز عن
الوصول لمعرفة ذلك نهاية ما تنسلي به عن ذلك ويكون جابرا لهذا الخلل الذي
عجزنا عن انسدادده اتسباب البحث عثرنا على اشياء نافعة في العلم وهي بيان بعض
غلطات للمؤلفين ينبغي التحرز من الوقوع فيها في مدة بحثي وتفتيشي على
اسباب امراض الكبد وطبيعتها اشتغلت ايضا بتحليل آخر للمشاهدات لا عرف
لاي شيء نسب المؤلفون لآفات الكبد اسهال المواد الصفراء والخضراء
في الاطفال وليكن بيان ذلك في المطلب الآتي

المطلب الرابع

في حالة الكبد وصفات الصفراء بالنسبة للاسهالات المعوية
لما بحثت في الثمانية والاربعين طفلا المصابين بالالتهاب المعوي او المعدي

المعوى وجدت في عشرين منهم اسهال مواد صفراء كثيرة وفي ستة وعشرين
 اسهال كثير ايضا لمواد شديدة الخضرة وهاهي حالة الكبد والصفراء في هؤلاء
 الاطفال ففي خمسة عشر منهم تكاد ان لا تكون الكبد محتقنة ومن هؤلاء
 الخمسة عشر اربعة كانت الصفراء فيهم قليلة الكثرة وصافية جدا وثلاثة كانت
 فيهم خضراء قائمة زرقية زائدة الكثرة وفي الباقين لم يكن فيما شئ عظيم الاهتمام
 ثم في خمسة وعشرين طفلا كانت الكبد محتقنة بالدم كما يشاهد ذلك كثيرا
 في احوال اخرى في هذا الزمن من الحياة واما الصفراء فكانت صفاتها مختلفة في كل
 منهم فختلف من اللون الاصفر المنتقع الى الاخضر الغامق جدا وواحد منهم
 تبدلت الصفراء في مراتها بمقدار عظيم من الدم المسود واما الثمانية الباقية
 من العدد الاصل المعروض للبحث فكان لون الكبد فيهم اصفر او اخضر واسمر
 او ازرق وكانت الصفراء سائلة صافية في بعضهم وكثيفة خضراء في الباقي
 فهو هؤلاء الثمانية والاربعون الذين عرضوا للمشاهدة وان كان معهم اسهال اوقي
 لمواد صفراء او خضراء الا ان منظر كبدهم فيه اختلاف كثير فكان تارة سليما
 وتارة محتقنة وتارة وجد فيه الصفات التشريحية التي نعرف الان نسبتها لرتبة
 من الامراض الثابتة طبيعتها ثبوتنا واضحا لما الذي يستنتج من هذه الامور
 الواقعية وما البيان التعليمي الذي ينزل على القواعد الغير اليقينية التي تمسك بها
 معظم اطباء الانكليزيين من نسبتهم للكبد مجازا انما انخرام الوظائف الهضمية
 ولترك تحقيق ذلك لتفتيش اطباء غيرنا ومع ذلك لا نعول على مجرد التخيلات
 متى استنتجنا من الامور الواقعية ما يحالفها فالظاهر لنا ان المندفعات الثقيلة
 الصفراء والخضراء مهما كان سبب تلونها انما هي العرض القريب للعقل لالتهاب
 معوى ينبغي قبل كل شئ الاجتهاد في شفائه ليس في الاسهال الذي ليس بالنتيجة له
 وهذا هو رأي الطبيب دويس حيث قال في مجتبه الاسهال ان في الاسهال
 الصفراوى تكون المواد الثقيلة خضراء او صفراء شديدة الاصفرار وتكون
 الامعاء متهيجة بكثرة فيضان الصفراء المعيبة فيها او بدون ذلك وهذا الداء
 يتسلطن بكثرة في الاطفال في اقاليمناى بالاميرة مدة الصيف او قرب زمنه

وجميع الناس يعرفون تأثير الحرارة في وظائف الكبد ومن المشاهد عموما
 في الزمن الحار ان الاستفراغ القلي في الكبار البالغين يحصل حينئذ
 باسرع ما يكون بل كثيرا ما تكون المواد الثقيلة فيهم ملونة بالصفراء ويوجد هذا
 اللون ايضا في البول فاذا عرض هذا الداء للأطفال سمي ببدء الصيف انتهى
 ثم قال دويس ايضا وليس دور من ادوار الطفولية يسلم من هذا الداء بحيث
 شوهت استفراغات صفراوية زائدة في اطفال عمرهم عشرة ايام انتهى واطبباء
 الاميرقة الذين يعتبرون الاسهال الاصفر الكثير الذي يعرض مدة الصيف
 للأطفال علامة لقيضان الصفراء المهيجة في الامعاء يوصون اولا باستفراغ
 القناة المعوية بان تستعمل خصوصا الادوية التي لها فعل مخصوص على
 الكبد كالكلوميلاس الذي يعطى بمقدار قليل واستعمل دويس اللودنوم
 لتسكين التهييج المعوي مدة الليل فاعطى منه نصف نقطة للطفل الذي عمره اقل
 من عشرة ايام ونقطة لمن عمره شهر ونقطة ونصف اثنيتين لمن عمره من شهر
 الى ثلاثة اشهر واربع لمن عمره من تسعة اشهر الى ثمانية عشر شهرا فاذا انضمت
 الحمى الى الاسهال امر هذا الطبيب بالاستعمالات وبالطريقات التي في البوتاسي
 فيسقى منه الطفل بكمية عشر قمحة اى جزء من عشرة اجزاء من قمحة او نصف
 عشر اى جزء من عشرين جزءا من قمحة او جزء من اربعة وعشرين جزءا من قمحة
 ممدودا ذات بالماء وما عدا ذلك امر الطبيب بورن ان يغذى الطفل بالبيض

وبدقيق بعض النباتات وبالاوراق والنبذ الايض
 فعلم من ذلك انه في حال ما كان ثابتا عندنا من فتح الموقى ان الاسهال الاصفر
 او الاخضر يعجب دائما التهاب المعاك اطبباء الاميرقة يدون ان يتطروا لحالة
 القناة الغذائية يوصون بالمسهلات والمقيحات والمنبهات فلما منع من ان ينسب
 الاتلاف والاهلاك الذي يحصل غالباً من الامراض الالتهابية في تلك الاقاليم
 لمثل تلك الطرق التي هي قليلة التناسب للصحة ولاى شئ لم يبحث لتأكيد هل
 يوجد في هذا الداء يقينا قيضان الصفراء في الامعاء ام لا ولاى شئ لم يجتهد في ان
 يؤكد بالابحاث التشرىحية هل الكبد من تأثير الحرارة تهيج ويتعطل اتمام

وظائفها

وظاقتها بالكيفية الاعتيادية فبدل ان يجعل من القواعد بدون سبب ولا امر واقعي واضح ان الصفراء تعدل وتبطل فعل الحوامض المتكسنة في المعدة وان هذه الحوامض اذا كانت كثيرة جدا واختلطت بالسائل الصفراوي لكن بحيث لم يبطل فعلها به حصل من مخلوطها تلون الاستفرغات التقلية بلون اخضر فمن ذلك تحصل جملة عوارض ثانوية منسوبة لهذه الحوامض التي هي شبيهة بجواهر سمية يلزم تخليص القنوات الغذائية منها وذلك هو ما عمل اليه النفوس ولا التفات للاراء والتخيلات المذكورة التي لم تزل تنتقل من زمن الى زمن مأخوذة بالقبول لكن لا يخفى ان من الناس من عمت بصيرته وانشغف قلبه بالتوهومات والمذاهب القديمة التي تسقط بتحليل الحوادث الشريحية التي لا يزال الطب يستضي بها كل يوم حتى تسقط في زوايا الاهمال كما سقط غيرها من الغلطات الطبية فالرجوع الى الحقيقة اولى والتمسك بالامور الواقعية اقوى ولوقلت ان ما تمسكتم به ظني غير يقيني لقلنا ان الظن اسم عاقبة من الغلط المحقق نسأل الله الهام الصواب وفتح الابواب

وبالاختصار نقول لم يكن شئ اعسر من تشخيص التهاب الكبد وتحقيق وجوده بفتح الرمة في الاطفال الرضع وان الاسباهل الاصفر المخضر يوجد غالبا مع التهاب الامعاء ولم يثبت كونه نتيجة داء في الكبد فلاحسن في حالة الشك ان يلاحظ كونه من اعراض الالتهاب المعوي ويعالج الطفل بتمتضي ذلك لان نقول على سبيل الادعاء والتخيل ان هذا الاسباهل ناتج من فيضان صفراء مهيجة في القناة المعوية يحتاج لاندفاعها بالمسهلات

وكثير من المؤلفين تكلم على خراجات في كبد المولودين المصابين باليرقان مع ان تميز ذلك في الكبار البالغين عمنز جدا على ان فتح الموتى مرات كثيرة لم يحقق وجود ذلك حقيقة وهناك ايضا امر آخذ كره المؤلفون وهو مصاحبة امراض الاثنى عشرى لامراض الكبد والطبيب كروفليير شاهد ان الاطفال الذين اصيبوا بين الاثنى عشرى كان معهم مع ذلك انتعاع مرضى في الكبد وقال بذلك دينيس ايضا ولكن المراد هنا معرفة طبيعة

اللين قال بليار واقول اولانى وجدت الكبد مختلف الاحوال فى الاطفال
المصابين بالتهاب الاثنى عشرى وبعض ممن كان موضوع البحث المذكور قريبا
كان معه كما ذكرنا التهاب الاثنى عشرى غير انه ينبغي ان يتذكر كثرة تنوعات
المنظر الذى للكبد حيث ذوا ما من جهة اللين فلا قول برأى الطبيين المذكورين
اذا كان مرادهما اللين الالتهابى اى الذى يتبع التهابا شديدا فى الغشاء المخاطى
المعوى واما اللين الابيض فذلك امر آخر فان اعضاء الطفل وجميع اجزاء جسمه
ضعيفة وكم أنها خالية من الدم فلا يستغرب صيرورة الكبد عديمة اللون
ولا تتكلم هنا على رقان المولودين لانتسابه آفة عرضية للكبد كما سنثبت
ذلك فيما يأتى فلنجعل مجته فى آخر الكتاب

والمرارة اى الحوصلة الصفراوية يظهر ان مرضها نادر قال بليار ولم يتفق لى
مشاهدة عيوب تكونها وذكر دينيس انه شاهد عدم وجودها ثلاث مرات
وقد تكون احيانا قليلة الغو فتكون جيبا صغيرا كريما وجدرانها فى الغالب
تتكون من الصفراء بلون اخضر ووجعها الباطن مطلى بطبقة مختلفة السمك
من مادة مخاطية وفى بعض الاحيان تكون المرارة رقيقة الجدار شفافة
فيشاهد مرسوما على سطحها تفرعات وعائية عديدة ووجدت مرة فى جثة
طفل لم اجتن مشاهدته هذه الحوصلة ملتهبة التهابا حقيقيا ووجعها الباطن
فيه احمر ارشديد وسمك الجدار كان عظيما وكثيرا ما يوجد فيها احرار تقطى دقيق
بحيث لا يمكن مشاهدته الا بعد ازالة الصفراء الملونة فى العادة للمرارة

والتغيرات المرضية للقنوات الصفراوية، كضيقها وانسدادها والتهابها تعرض
للبالغين والعجائز اكثر من الاطفال الصغار

واما امراض الطحال والباقر ياس اللذين هما ايضا من متعلقات القناة المعوية
فلا قول فيها شيئا مخصوصا غير ان احتقانات الطحال هى التى تشاهد بالاكتر
فى المولودين وهى الامثلة لتمرقة بسبب حالة مرضية شبيهة بذلك

والباقر ياس يوجد فى الاطفال المولودين متقدما فى النمو ولا اشك فى انه يعين
على ممارسة الوظائف الهضمية ويصب ناتج افرازه كثيرا كان اولافى القناة

الغذائية للأطفال لكن لم يتيسر لي ان اتحقق هل يحصل من عدم هذا الافراز
او كثرته المفرطة تذكر في بعض وظائف القناة المعوية اذ يعسر مثلاً ان يتحقق
هل انضغ في الاسهال المخاطي او المصلي للأطفال افراز الباقرياس مع افراز
الجهاز الجرابي المعوي حتى قام منه كثرة البراز وسائلته

الباب الرابع في امراض الجهاز البولي

في هذا الباب ثلاثة فصول

الفصل الاول في نمو الجهاز البولي

هذا الجهاز يشتمل على المحفظتين الكلويتين والكليتين والحالبين والمثانة
ورباطها المسمي اورا كوس ويجري البول في شهرين من الحمل يتبدأ في الحنين
تميز المحفظتين بل يكونان حينئذ اكبر حجماً واعظم وزناً من الكليتين نفسيهما
ثم بعد ذلك يأخذان في صغر الحجم تدريجاً واما الكليتان فبالعكس اي يأخذان
في زيادة الحجم حتى يكونا عند الولادة اكبر حجماً من المحفظتين بثلاث
مرات وهاتان المحفظتان يحتويان في الابتداء على سائل لزج يملأهما تقريباً
ثم يمتص ذلك السائل شيئاً فشيئاً حتى لا يبقى منه الا طبقة سميكة مسمرة
ملتصقة بالجدار الباطن للمحظة فاذا بحث في المحفظتين في المولودين يوجد
دائماً في باطنهما الجوهر اللين السمير الذي ذكرناه واذا بحث في ذلك الجوهر وجد
كثير الاختلاف في المنظر فتارة يكون لونه كلون السكولا اي مسحوق اللوز
الهندي وتارة يشبه الجوهر النخعي المخلوط بالدم قال بليار وكثيرا ما وجدته رخوا
ايضاً منتشراً بحيث يظن انه صديد وذلك الجوهر لا يذوب اذا عرض للنار
ولا يلوث الورق تلويثاً دهنياً وشبهه بالعنصر اللين المشابه لليف الدم اقرب
من شبهه بالسائل المصلي او المخاطي او الدهني وليحترس من جعله نتيجة افراز
مرضى اوفساد في المنسوج والمنظر الظاهر للمحفظتين اصفر مخر او اسمر
مزغفر والغالب كونهما خشتين كأن فيهما نشعاً وقوامهما متخفلف

بحيث يسهل تمزيقهما فاذا لا ينبغي جعل هذا القوام من اللبن المرضى فيها
والكلبتان اللتان لا تظهران الا بعد المحفظتين اعنى فيما بين الشهرين الى تمام
الثالث تكونان اولاً مركبتين من جلة فصوص مجوفة متصلة ببعضها اتصالاً
واسعاً ومتلاصقة بواسطة مفسوح متخلخل بحيث يسهل فصلها عن بعضها
ثم تقارب تلك الفصوص جداً حتى تكاد ان تختلط ببعضها وتصير اقل عدداً
وفتحاً لها الاتصال اقل اتساعاً وتنتهى حالاً بان يكون لها مقطع واحد ضيق
ينفتح في مخزن عام يسمى بالخويض وفي مدة حصول هذا الانضمام الخاص
للفصوص يتكون الجوهر القشري شيئاً فشيئاً ويكون واضحاً في الشهر
السادس وما ينبغي التنبيه عليه هو ان هذه الفصوص تفرز في باطنها من
اوائل نشأتها سائلاً ايضاً مصلياً يمددها الا انه يدفع كلما تكوّن الجوهر
القشري فيزيد سمك جدران الفص وينقص تجويفه فاذاً يقرب للعقل ان هذا
السائل المنفرز دائماً يسيل في الخويض ومنه في الحالب الى المثانة

والمثانة يكرظها وورها وتكون على شكل جيب صغير متميز حينما تكون الكلبتان
مجرد رسم فقط ولا تكون المثانة حينئذ الا كوصلة وقطعة من الاوراكوس
الذى في ابتداء تكون الجنين يبقى واسعاً متميزاً سايراً نحو الحبل السرى ثم ينقص
تجويفه تدريجاً وينسد بحيث ان المشرحين الذين لم يشاهدوه الا زمن الولادة
ينكرون قنوبته

واما الحالبان ومجرى البول اللذان هما من متعلقات الاعضاء المجوفة التي
ذكرناها فتتكون متى اتسعت هذه الاعضاء وتلك القنوات وذلك يحصل
كلما ازداد نمو الطفل

الفصل الثاني

في عيوب تكون الاعضاء البولية

عيوب تكون الجهاز البولي توجد بكثرة في المولودين جديداً ولما كان هذا
الجهاز مكوناً من جلة اجزاء مرتبطة ببعضها ارتباطاً متيناً بالنظر لقشريتها
ووظائفها كان كثيراً ما يتفق ان عيب تكون في احد هذه الاجزاء يجذب معه

ايضاً

ايضا تشوه الجزء الذي من نوعه ولذا كثيرا ما تكون الرئتان مجلسا الزوغان
عضوى ناتج من عيب في تكون الحالبين او المثانة او مجرى البول وسنذكر مثالا
من ذلك مع ان هذه العيوب في التكون يوضع حصولها جيدا بالاستعداد
الاصلي في الاجزاء المركبة للعضو هذا وقد ذكرنا ان الكليتين كانتا في الاصل
مركتبتين من فصيصات كثيرة يقرز على سطحها الباطن سائل يسيل من
الحالبين للمثانة لكن اذا كان في الحالب انقطاع او انسداد لقناته بقي هذا
السائل في الفص فيمدده ويحفظه في حالة حوصلية فيمنع النمو المطلق للجوهر
القشري فبدل ان تتكون الكلية يشاهد في الجنة الرمية كتلة مختلفة الحجم
من حوصلات شفاقة متراكمة على بعضها بدون انتظام بينها وبين الحويض
اتصال بالمباشرة او بالواسطة فيقوم من ذلك استسقاء حقيقي كيسي في المولودين
وهذا هو ما تدل عليه المشاهدة الالآمية على الاثر

عيب تكون في الكلية وانسداده في الحالب * طفل عمره اربعة ايام دخل بيت
المرضى في الثالث والعشرين من فوريير وكان قوى البنية وجلده زائد
اللون ومعه في القسم القطني ورم مستديم رخو للمس يوجد في مركزه سطح محمر
وفي دائرته حوية صلبة حمراء غير متساوية وبقي الطفل في المارستان مدة شهر
وفي هذا الزمن صار يأخذ في النحول والضعف يبطئ وكان معه اسهال وقيء
كثير وكان صياحه ضعيفا دائما ودورة الدم فيه بطيئة حتى مات في الحادى
والعشرين من مارس ولما فحنت جثته شوهد انصباب عظيم لمادة مصلية
في البطيين الجنائيين للمخ وفي طول السلسلة وفي الورم الموجود في القسم
القطني في محاذاة تباعد التسوين الشوكيين اللذين للفقرة الاخيرة القطنية
والاولى العجزية وليس في الجهاز الهضمي شئ عظيم الاهتمام الا ان الجهاز
البولي فيه ماسمذكر وهو ان الكلية اليسرى تقوم من كتلة غليظة كبيضة
الاوزة مركبة من فصيصات نصف شفاقة متراكمة على بعضها بدون انتظام
فتتكون منها اكاس صغيرة مملوءة بسائل ابيض عديم الرائحة وتلك الاكاس
بينها وبين بعضها اتصال والقريب منها الحويض منفخ فيه ووجد ذلك الحويض

ايضا ملوا بدائل شبيهه بالسابق وليس في الكلية اثر للتركيب الطبيعي ومع ذلك
يشاهد قرب شقها طبقه من منسوج خلوى نخين كانه مندمج وفي هذا المنسوج
انتهى الوريد والشريان الكلويان بالانسداد قال المؤلف وقد قشست وبجئت
على ارتباط الحالب بالحويض فلم يفد البحث شيئا وتكون من ذلك الحويض
حاجز غير نافذ وغير متصل بشئ وكان الحالب واضح النور قرب المثانة
حيث ينفخ فيها كالعادة لكن كلما سعدنا نحو الكلية شاهدنا انهما تحولوا الى
حبلين صغيرين رقيقين جدا امتشعين الى فرعين وليسنا منقوين وتلك الخيوط
قرب الحويض متضاعفة ومختلطة بالكلية على شكل رجل الاوزة والكلية
البيضي وجدت اكبر حجما من العادة والمثانة ممتدة قليلا وتحتوى على بول
متكدريو يوجد فيه مقدار عظيم من حصي صغير دقيق كالرمل وكان في الرتين
بعض احتقان دموي والفتحات الجنينية كانت منسدة

وهذا الاستسقاء الكيسي في الكلية كان عظيم الاعتبار بسبب مصاحبته
لانسداد الحالب وعدم اتقابه ففي هذه المشاهدة وجد عيب مزدوج في تكون
الجهاز البولي اى عيبان متميزان لكن يظهر ان احدهما نتيجة الاخر
فان المظنون ان استسقاء الكلية كان نتيجة طول مكث السائل الذي لم يجد له
مسلكا لامن الحويض ولا من الحالب ولا تنس ايضا وجود الحصوات
في البول فاذا وجد مانع لسير البول في جزء آخر من القنوات البولية لزم ان
يوجد في الاجزاء الموجودة من اعلى الانسداد اتساع مشابه للاتساع الذي
ذكرناه وذلك هو ما تدل عليه المشاهدة الاتية وهي ان طفلا مات عند الولادة
فوجد راسه صغير الحجم واطرافه نحيفة جدا وجلده مسترخيا وفيه بعض
بنفسجية وبطنه منتفخا جدا وتكون منه ورم مستدير زائد البروز على هيئة
مخروط مستدير طرفه هو السرة وكان اندغام الحبل السري في هذا الطفل
واسعا جدا واذا جس هذا الورم استشعر بالسائل يقينا وبالاختصار يوجد
في رمة الطفل جميع الصفات لرمة طفل ولد تام الاشهر ولما فتح البطن وجد
جيب واسع مالى لهذا التجويف به اندفعت التلافيف المعوية الى الخلف

والاعلى

والاعلى ووجد موضوعا ومنفرشا على الاجزاء الجانبية امام هذا الجيب
 قليلا الحوصلات المنوية التى قنواتها المنوية طويلة ورقيقة جدا ووصلت
 تلك الحوصلات الى الجزء السفلى الجانبى من الكيس حيث توجد الخصيلتان
 وقرب طرف هذا الكيس المزعوم بين الحوصلتين المنويتين وجد المستقيم
 غليظا متمددا بمقدار عظيم من العقى وملتصقا بالتصا فامتينا مع الانسداد
 بمقدار هذا الجيب الكبير الحجم الذى عرف انه المثانة المتعددة بسائل
 ابيض عديم الرائحة لا يخضر الورق المصبوغ بالتورنول وتسبح فيه مواد
 مخاطية بيضاء خيطية كواد النزلة الحوصلية وكان الحدار الباطن لهذه المثانة
 ابيض مغشى بطبقة من مخاط ملتصقة به والقوامة الباطنة لمجرى البول غير
 موجودة واذا جست القناة بمجس المرأة امكن دخوله الى فصف قيراط فقط
 وعرف بتشريخ هذه القناة انها تأخذ فى التضايق تدريجا من رأس القضيب
 حتى تنسد بالكلية وتنتهى بهيئت لا تكون الا خيطا مستطيلا ضيقا كلها
 فقدت فى التسيج الخلوى العجافى ولم تيسر معرفة البروستاتا يقينا وانما وجد
 ما يظن انه هى وهو منسوج محرموضوع على المثانة خلف اندغام المستقيم
 ووجد الحالبان منفصلين جيدا فى المثانة وقطرهما واسع ويأخذان فى الاتساع
 يبطئ كلما ذهبا الى الكيتين اللتين كان حجم كل منهما فى الجانبين كبعضة دجاجة
 تقريرا وفعما التركيب القصى الذى فى الحالة السابقة ومع ذلك كانت القصوص
 اقل غلظا وشفافية وجزء منها مغطى بجوهر قشري غير ان التويجات والحويض
 كانت اوسع واكثر تعددا من العادة وتلك القصوص مملوءة بسائل ابيض عديم
 الرائحة ومتصلة ببعضها وتفتح فى الحويض واما الاورا كوس فلم يوجد
 الاعلى هيئة قناة صغيرة مفسدة ولم يوجد لذلك الطفل شرح وبحث فى المستقيم
 من الباطن فوجد فيه سد غير نافذ وكان جيد الالتصاق بالمثانة وبقية الاعضاء
 ليس فيها شئ عظيم الاهتمام
 فانسداد مجرى البول فى هذا الطفل يظهر انه كان سبب استسقاء المثانة
 واستسقاء هذه كان سبب استسقاء الكيتين اللتين تعوق نموهما الاعتيادى

بل وقف بالكلية ويظهر ان المشانة تتمدها وعظم حجمها كبدت شبه حركة
ازجوحية من الخلف الى الامام ومن اسفل الى اعلى بحيث صار قعرها في محل
تحتها وجذبت معها في هذا الحركة جميع الاجزاء الملتصقة بها من الاسفل وكأنها
اخرجتها من الحوض فذلك وجدت الحوصلتان المتويتان والمستقيم
موضوعة وملتصقة بجزئتها العلوى ووجدت فوهة الحالين على جزئها
الجائين المقدمين فقد وجدت جلة عيوب في التكون ناتجة من العيب الاول
وكما اشتركت مع عضو هذا العيب الاول جميع اجزاء جهازه اشتركت معه
ايضا اعضاء اخر لم يكن له بها من الارتباطات الانجورة فقط

وربما شغقت هذه المشاهدة كالتى قبلها للدلالة على ان فضلات الجنين اواقله
سائل القنوات البولية تدفع في الحالة الاعتيادية خارج جسمه ويقرب للعقل
رسوبه في ماء الامنيوس فانه اذا عرض مانع لسير هذا السائل فاض في مخازنه
ومددها تمدها خارجا عن العادة كما يشاهد ذلك ايضا في الكبار البالغين
المصابين بنضايق مجرى البول او شلل المشانة وذلك الاستنتاج ربما يقع في مجت
شرح احوال الجنين

والطرق البولية قد يوجد فيها ايضا عيوب اخر في التكون لان هذا الجهاز
كأقال مكمل من الاجهزة التى يوجد فيها كثير من الاشياء الغير الاعتيادية
فقد لا توجد الكليتان راسا او لا توجد الا واحدة فقط وتشغل عادة قاع
المتوسط فتكون موضوعة على العمود الفقرى وقد يختلف عظم حجمهما
وقد تنفصل فصوصهما انفصالا عميقا وقد يختلف موضعهما ايضا ويكون
ذلك من اسباب مختلفة وذلك كأن ينحديا الى الاسفل او يصعدا الى الاعلى
جداجهة الحجاب الحاجز بسبب الالتصاقات المعيبة التى قد تحصل فيهما
مع الاجزاء المجاورة لهما ومن عيوب الحالين عدم وجودهما او عدم كمالهما
او انسدادهما او كثرتهما وقد ذكر شئ من ذلك في المشاهدات السابقة وفي غيرها
ثم ما عدا تمدد المشانة وتغير محلها قد لا توجد اصلا ~~فكن~~ ذلك نادر فقد ذكر
رشارسون قصة صبى عاش ست عشرة سنة لم يبل ابدان من قضيبه ومع ذلك كان

جيد الصنع وكان بوله يخرج من دبره فكان معه اسهال مستدام غير شديد
 الثقل عليه وذكرت انخصاص عن عدمت فيهم المثانة كان الحالبان فيهم
 منفصلين في المهبل في الاناث وفي مجرى البول في الذكور وشوهذا ايضا عيب
 من عيوب التكون ذكر امثلة منه شوسير ودنكان وغيرهما وهوانقلابها
 فيعدم جدارها المقدم وعنقها وجزء صغيرا وكبير من العجان والعانة فالعضو
 حينئذ ينقلب الى الظاهر فيشاهد بالعين سطحه الباطن الذي يحمر من ملاسة
 الهواء وتارة لا يعدم الجدار الخلفي فقط بحيث يحصل اتصال واسع بين
 تجويف المثانة وتجويف المهبل في النساء او باطن المستقيم في الذكور
 ويوجد مع ذلك العيب اتساع الجدار البطني او تفرق عظمى العانة في محاذة
 المثانة بحيث يظهر من هذا العضو في خارج البطن السطح الباطن لجداره
 الخلفي فيوجد كما قلنا احمر حلييا كانه فطري ومندى بمادة مخاطية وتختلف
 حسب اسبته قلة وكثرة ويدهى من اللبس العنيف وكثيرا ما يشاهد منه فوهتا
 الحالبين بحيث يرى مرور البول منهما على الدوام واذا ادخل في هاتين
 القوهتين بحس مقوس قليلا فوزر جازا ان يدخل في عمق الحالبين من اربعة
 قراريط الى خمسة بدون ان يتألم المريض ولا يحس الا بالأم خفيف في الكليتين
 والغالب ان يحس بذلك في الكلية المقابلة للجهة التي ادخل فيها الجرس وهذا
 الوزم غير قابل للرد باليد بل ربما تألم منها وكما يوجد بالاكتر في الذكور يوجد
 في الاناث لكن بقله ففي الذكور شوهذا الذكر من تحت الورم المكون من
 انقلاب الجدار الخلفي للمثانة وطوله في الغالب قيراط او قيراط ونصف في البالغين
 الكبار وفيه تفرطح من اعلى الى اسفل ويوجد في جزئه العلوى ميزاب مكون من
 الجدار السفلي لمجرى البول ونحو وسط هذا الجدار في جزء المجرى المسمى في الحالة
 الطبيعية بالحفرة الزورقية قد ترتفع درنة اى حدة به شبيهة بالعرف المجري يشاهد
 على جوانبها فوهتا القناتين القاذبتين ويشاهد تحت الحشفة هذب من الجلد
 كانه القلفة جزؤه العلوى مشقوق والجسمان المخوفان مر تبطان بعظمى الحجة
 والعانة كما في التصكون الاعتيادي لكنهما صغيران جدا وبعد انضمامهما

قد يتجهان نحو الحشفة ويحتلطان بها واحيانا يتجهان نحو الورم وهناك
 ينهيان والقناتان المنويتان تتبعان سيرهما الاعتيادي وتنقصان في الموصلتين
 المنويتين اللتين تصكونان صغيرتين جدا وموضوعتين خاف الجزء السفلي
 للورم القطري وفي بعض الاشخاص يكون الصفن جيد التكون ويحتوي
 على الخصيلتين واحيانا يكون العجان فيه بعض بروز والصفن صغيرا غير محتو
 على الخصيلتين وانما تكونان موضوعتين قرب العانة في نيتين من الجلدي شبهان
 في الشكل والوضع الشفرين الكبيرين للانثى واحيانا اخر لا يوجد صفن اصلا
 وانما توجد ثنية بحس فيها بالخصيلتين قرب الاربيتين وفي بعض الاحوال يكون
 الشرج موضوعا امام موضعه الاعتيادي وضيقا بحيث ان الطفل لا يتبرز
 الا بتألم شديد كما شوهد ذلك في طفل عمره ثلاث عشرة سنة ولذا كان يلتزم حينئذ
 قضاء حاجته من وقوف لان يجلس القرفصاء وفي شخص آخر كان الطرف
 السفلي للمستقيم واسعا جدا ينسبه المثانة واذا كان في الحالة الاعتيادية كان
 مملوا بالبول فهذه هي الصفات الرئيسة للتركيب المعيب في اعضاء التناسل
 في الذكر المصابة لانقلاب المثانة فقد شوهد ان اعضاء التناسل فيهم وان كانت
 معروفة الا انها انما كانت بقايا اعضاء غير قادرة على اتمام وظيفة التناسل
 واما في النساء فنادر فيهن كما علمت ويكون معصوبا كما في الذكر بعيوب
 في اعضاء التناسل وان كان رويش ذكرانه شاهد هذا الانقلاب في بنت
 عمرها ستة ايام واعضاء تناسلها الظاهرة جيدة التكون واما برسي فنشاهد
 عيوباً فيها مع بنت عاشت حتى كان عمرها حين شاهدناها اثنين وعشرين سنة
 وكانت بمدينة برلان وكان الشفران الكبيران مسوحيين بالكثبة وجبل
 الزهرة معدوما ومحله امس محلول وكانه لم يكن لها مهبل اصلا لانه كان صغيرا
 جدا مفتوحا من الامام ولم يحصل لهذه البنت الابعض فيضان طمئ قليل
 والاشخاص الحاضرون وقت البحث في هذه البنت ارادوا ان يعرفوا هل لها
 رحم ام لا واذا كان لها هل هي قابلة للتوالد ام لا الا ان ذلك لم يمكن تحقيقه حينئذ
 في هذه البنت نعم كان ذلك اعنى وجود الرحم وشهية الجماع وقبول التناسل

غير مشكول فيه في بنت ولدت بهذا العيب في المثانة وذكر مشاهدتها تيببول
وكان عمر هذه البنت عند البحث ثنتين وعشرين سنة وتكون من الجزء
الباقى من المثانة في الجزء السفلى من الخلطة بين عظمى العانة المتباعدين
عن بعضهما وورم رخو قابل للانضغاط مستدير بدون انتظام شديد الحجرة مؤلم
عند اللمس ومغطى بمادة مخاطية زلالية مدممة ومثقوب من جزئه السفلى
بفوهتين بينهما مسافة من سبعة خطوط الى ثمانية ويمر من كل منهما البول
على الدوام قطرة قطرة واحيانا على هيئة سلسلول محسوس وسببا فوهة
الجانب الايسر اذا ارتاضت هذه البنت زمنا ما او شربت نبيذا او ضغط على
الورم من الجانب او على الجزء السفلى من الخلطة ولا يحصل ذلك بالضغط ولو قويا
على جرثها العلوى ويشاهد تحت هذا الورم بخططين او ثلاثة مدخل المهبل
على شكل شق مستعرض طوله ستة خطوط وعرضه خط واحد واذا ادخلت
السبابة في هذه الفوهة ميز بها خلوا واسع يعرف في عمقه جيدا بعد المدخل
بنحوقيراط فوهة الرحم وجسمها وكان الشفران الكبيران جديدين وعليهما
شعر ولا سيما جزوهما العلوى وينشآن متباعدين عن بعضهما قرب الاجزاء
الجانبية للورم الذى يلامسانه بوجههما الباطن ثم ينزلان متقاربين لبعضهما
يغطي ويذهبان حتى ينتهيان في الشرج ويتركان بينهما مسافة على هيئة ميزاب
بدون ان ينضمما ليتكون منهما الثنية المسماة بالشوكة في الحالة الطبيعية
واما الشفران الكبيران فكانا في تركيب جيد وكان البظر موضوعا
على الشفر الصغير الاين مختلطامعه غير انه يعرف من ادنى تمييز وكانت هذه
البنت تحيض جيدا من سن اربع عشرة سنة ولها شهية للاجتماع بالصبيان
الذكور وحملت بعد سنتين من اجتماعها الكثير بشباب وفي مدة الحمل لم يحصل لها
ثقل وولدت ولادة حميدة بدون استعانة بالصناعة غير ان الطفل لم يخرج من
فوهة المهبل وانما خرج من فوهة حصلت في العجان وفي جميع الاحوال
تحقق بالبحث في جثث الذين ماوا باقلاب المثانة انه لم يكن لهذا العضو
الاجداره الخلقى وهناك مشاهدة لطفل مات بهذا العيب سنة ١٦٨٦ اشرح

جنته جراح شهير فوجد الحالبين واسعين جدا والمثانة منقلبة ليس لها
تجويف ومكونة لورم احمر من الظاهر ووجد في اصل الحشفة جمعا غديا صلبا
تنتهي فيه القناتان المنوية بان بدون ان يعرف في محل آخر الحوصلتان
المنويتان وكان الصنف جيدا ~~لكن~~ كون ويحتوى على الخصيتين والشرابين
السرية اقصر من العادة والاوردة اطول

والصفات الخاصة للاختلاف الخلقي للمثانة لم يغفل عنها توتون الذى هو اول
من قدم ذلك لليون العلماء وتحقق هذا الماهر بتشریح جسم طفلين ولدا بهذا
العييب ان الورم الخثلى مكون من النصف الخلقي للمثانة التى كانت قائمة مقام
حشى من الاحشاء البطنية فصارت بارزة محدبة بتقل الامعاء وشاهد ايضا
ان المصابين بهذا العيب ليسوا خالين من الاوعية السرية كما يظن ذلك
فى الاشخاص الذين لا يوجد فيهم التحام السرة ولم يكن ظاهرا فيهم فتذهب تلك
الاوعية فيهم الى السرة التى قد لا تكون الا زرا جلديا فى غلظ الحصة
وترتبط بها فاذا من المحقق ان الاشخاص الذين فيهم المثانة غيرت محلها كما ذكر
لهم اوعية سرية تتكون منها الحبيبات التى تخرج من البطن نحو الجزء العلوى
من الورم الحوصلى فارقة الخط الابيض حيث يظهر الورم لكن من حيث
ان السرة موضوعة فى هؤلاء الاطفال انزل جدا عن العادة بل قد تكون
فوق العانة حال تكون الشرايين والاورا كوس اقصر من العادة والاوردة
اطول وقد تحقق بعد توتون مشاهدة هذا العيب فى اطفال كثيرين شرحت
جنتهم وفى جميع الاحوال يوجد اتساع فى جميع طول الحالبين ما عدا الجزء
التقريب للمثانة النافذ فى الجدران بانحراف كالعادة لينفتح فى سطح الورم
الحوصلى بفتحة ضيقة جدا

ولا يمكن شفاء هذا العيب العضوى مع ان المصابين به قد يعيشون ثلاثين سنة
واربعين بل سبعين مع صحة جيدة غير ان البول يقطر منهم على الدوام من فوهى
الحالبين وينتشر على الورم وجلد الاجزاء المجاورة له فيسبب فيها سلاخا واخذاسا
وتوات حمرية ويبل على الدوام الملابس فتنتشر منها رائحة تنه ويمكن التحرز

من بعض هذه الاخطار بالنظافة والغسل فيبقى البول في اناة مخصوص لينع
انتشاره على الجلد والملابس

قال مكيل وقد شوهد انقسام المثانة الى قسمين كما شوهد ايضا تكونها من جملة
الكياس متلاصقة ببعضها ويزيد ثقل هذه العيوب وخطرها كلما قوى مانع
سير البول

واما مجرى البول فقد يوجد فيه انسداد تام او غير تام او مجرد تضيق في القناة
وان كان التضيق من الانسداد الغير التام وفتحة المجرى اى الصماخ
قد لا تكون في طرف الحشفة كما هو العادة وانما تكون في جزء ما من الجزء
السفلى للذكر وذلك العيب هو ما يسمى ايبوسبادياس ومعناه ما ذكره هو
مقابل لعيب آخر يقال له ايبسبادياس اعنى ان تكون فتحة مجرى البول
من الوجه العلوى اى الظهري للذكر وهذا العيب الاخير اعنى الايبسبادياس
اقل من الاول وينتج من وقوف للنمو عرض مدة الحمل فتع التكون المنتظم
لهذا العضو الذى هو مجلس له وانما كان هذا العيب نادرا بسبب الحجم العظيم
للاجسام المجوفة والسلك العظيم للمنسوجات الموضوعة فوق المجرى فكان
الحدار العلوى اقل تعرضا لهذا الانقسام من الحدار السفلى

وفي احوال الايبسبادياس تكون الحشفة اكبر حجما ومستديرة غير مثقوبة
والذكر غير تام النمو ويوجد اما فى الشق الفاصل للحشفة عن القلفة او فى ظهر
القضيب بعيدا او قريبا لارتفاع الحانة فتحة مستديرة منضغطة ضيقة
مغطاة حوافها بغشاء مخاطى غير اعتيادى يخرج منها البول الا ترى من
المثانة وهذا العيب يعارض الوطئ متى كانت الفتحة الغير الاعتيادية موضوعة
من الخلف وقرينة لقاعدة الذكر ولا يعرف علاج الابعيلية سندا كشر وطها
وكيفيتها قريبا مع عملية الايبوسبادياس

واما الايبوسبادياس اعنى انقسام وانفصال الحدار السفلى للمجرى البولى
فهو اكثر حصولا من الاول بسبب وضع القناة المحفوظة من الاعلى بالاعضاء
السميكة المجوفة كما قلنا بخلاف سطحها السفلى فانه يكون تحت الجلد في جميع

طولها ولهذا العيب اصناف كثيرة بالنظر لوضع الفوهة واقطارها وشكلها
ومنظرها

النوع الاول * قد لا يعدم الالحدار السفلى للصماخ البولوي ويطول الشق القائم
الذي به ينتهي مجرى البول ويصير واسعا منتهجا من الاسفل الى الحفرة الزورقية
وتكون الحشفة المشاهدة من سطحها الظهري مكوّنة بانتظام واما القلفة
فلا يوجد فيها شئ خارج عن العادة الا انها من الاسفل تدغم في الزاوية
الخلفية للشق المجري الذي تتركه في الغالب منكشفا لكونها قصيرة جدا بحيث
لا تصعد في هذا الاتجاه الى الاعلى كما تكون في الاشخاص الاخر

النوع الثاني * قد تكون الحشفة في بعض الاشخاص غير منقوبة ويجرى
البول ينتهي في محاذاة الحفرة الزورقية بفوهة موضوعة اسفل الشق القائم
مقام الفتحة الطبيعية لهذه القناة باربعة خطوط او خمسة والغالب ان تكون
هذه الفوهة صغيرة جدا بحيث لا يخرج منها الا نافورة دقيقة جدا مخفية
في ثنيات الجزء السفلى من القلفة التي يلزم اكشف هذه الفوهة جذبا الى الاسفل
وبسط طياتها مع الاحتراس والاجزاء المجاورة لتلك الفوهة محجرة ومكوّنة
من غشاء رقيق جدا وكثيرا ما يكون الذكر قصيرا والحشفة مستديرة
في طرفها متجهة الى الاسفل بسبب تقوس الذكر كله في هذا الاتجاه والقلفة
التي هي واسعة جدا في الارباع الثلاثة العليا من دائرة القضيب يظهر كونها
مقورة من الاسفل وموضوعة على الحفرة الزورقية بحيث يتكوّن
منها على الحشفة شبه حوية غشائية مسترخية متنبية على نفسها
ومقطوعة بتربيع

النوع الثالث * قد تنتهي المجرى خلف الحشفة وتحت جسم القضيب نفسه
وكثيرا ما تنتهي في الزاوية التي تتكون من هذا العضو امام ارتفاق العانة في المحل
الذي يضم فيه الجزء المقدم من الصفن بالجلد المغشى له والذكر في هؤلاء
الاشخاص يكون اقصر واكثر تقوسا من الاسفل وارق ممّا في الاشخاص
الاخر والحشفة يوجد فيها ايضا شق ينتهي حالا بما جاز غير نافذ يحاذي المحل

الذي

الذي يمتد اليه المجرى والقنحة الغير الاعتيادية تكون تارة ضيقة وتارة مستطيلة بحيث يكون طولها جملة خطوط وحوافها بحجرة مبرومة مخاطية تارة تتلامس وتارة تتباعد كما اذا حصل لدائرة القناة فقد جوهر عظيم

وهناك نوع رابع يكون فيه مجرى البول مفتوحا في جزئه المحاذي للصفن وربما وجد هنا ايضا خصوصيات كثيرة عضوية لا بأس بمراجعتها فلا اذا كانت القنحة الغير الطبيعية قليلة السعة فان الصفن المنكمش جزؤه المتوسط يذهب حتى يجتمع بمجرى البول ويكون محل الخصيتين في جزئه الجانبيين واما القضيب فيوجد فيه دائما ماعدا اقطاره صفاته الاعتيادية في التركيب ولا يوجد في نوع الشخص اى ذكره او انوثته ادى اشتباه في اى زمن كان من ازمته الحياة اما اذا كان في الشخص غير ذلك كشق البهتان والصفن وسبما اذا كان القضيب قصيرا دقيقا بحيث يشبه بالظر الذي فيه بعض نمو وكانت الخصيتان ممسوكتين في مسير القناة الاربية ولا يحس بهما في الصفن وخلى هذا الصفن من المنسلخ وصار كحوية جلدية على شكل الشفرين الكبيرين للفرج فان الشك في النوع لازم الحصول واكثر امثال الخنثى المشكل داخله في ذلك

والايوسبادياس ينشأ دائما كالاول من وقوف عرض في زمن من ازمته الحمل لتواء أعضاء التناسل في الذكر فيوجد تارة مجرد عدم انضمام النصفين الجانبيين لمجرى البول على الخط المتوسط الاسفل وتارة عدم استطالة هذه القناة الى المحل الذي تنتهي فيه في الحالة الاعتيادية المنتظمة وهذا الخنثى من التشوه يكون اندركا كان ابعد عن الحالة الطبيعية للأعضاء والنوع الاول اكثر وجودا من غيره ويليه النوع الثاني ثم الثالث ثم الرابع

وينتج من وجود هذا الخنثى ثقل يكون اعظم كلما زاد التشوه فاذا عدم الجدار السفلى فقط للصماخ البولي لم يحصل عائق في خروج البول ولا في خروج المني واما اذا كان الالتصاق محاذيا للمحفرة الزورقية او خلفها ببعض خطوط فان نافورة البول تكون غالباً دقيقة جدا وتجه عمودية الى الاسفل نحو قدي الشخص الذي يمكنه مع ذلك ان يدفعه امامه بان يرفع طرف الحشفة ويصير

الوجه السفلى للقضيب محدباً غير ان هذا العضو حتى مقوساً الى الاسفل مدة
 الاتهاب وخروج المني الذي يكون دائماً عسراً لا يحصل زرقاً لكن لما كان
 هذا السائل ينصب في عمق عظيم من المهبل كان التلقح ممكن الحصول ايضاً
 ونتيجة العلوق وان كانت غير يقينية في النوع الثالث الا انها ممكنة بشرط
 ان لا تكون الفوهة الغير الاعتيادية موضوعة قرب الصفي بحيث لا يمكن
 المذهب بها الى تجويف المهبل ففي هذه الحالة يتجه البول من غير اقهار
 الى الاسفل واما اصحاب النوع الرابع فليسوا اهلاً للتناسل ووجود الشق تحت
 العناية يلزمهم بان يبولوا ككيفية تبول النساء فينزل البول عودياً بين ساقيه
 وهذا التمييز ليس ضروري الاستحضار في العمل ويمكن ان يقع قعاً جيداً
 في ابضاح مسائل من الطب السياسي من جهة التناسل اذا عاش الطفل بهذا
 العيب حتى بلغ

وليس في الجراحة لشفاء هذا العيب الا شيء يسير وتقول ان النوع الاول
 لا يسبب نقصاً في ممارسة وظائف التناسل فلا يحتاج الى وسائط من الاعمال
 واما النوع الرابع فيجب انخرامات كثيرة بحيث ان الصناعة لا تقدر على اعادة
 الاعضاء لحالتها الاعتيادية وليس الامر كذلك في النوع الثاني والثالث
 فقد اتفق لدويترن انه ازال تشوه النوع الثالث مرتين في احدهما كانت
 الفوهة الغير الطبيعية ضيقة جداً وموضوعة خلف طرف القضيب بغير اطين
 ولم يوجد اثر للقناة من امام هذا المحل فاستعمل بازالة صغيرة الاقطار مصنوعة
 لذلك ونمسخها من الجزء المقدم السفلى للحشفة على طول المسير الذي يلزم
 ان تسلكه القناة الى ان وصل الى محل الناصور وبعد ذلك كوى هذا المسير بمحجر
 الحكي الذي براه بريا دقيقاً جداً والعرارض الالتهابية التي حصلت من ذلك
 كانت شديدة بحيث خيف من استئلاء الغنغرينا على القضيب ولكن بعد ذلك
 سكنت ووضع مجسم من صمغ مرمر حتى دخل في المثانة وصار يخرج منه
 البول باطلاق ولمس الناصور رجلة مرات بترت القضة والتهم وصار البول
 يخرج من المسير الجديد ومع ذلك بقي فيه مدة طويلة هيئة تقبض وتضيق وزال

ذلك كله تدريجيا باستعمال مجس مستدام حتى تم الشفاء والحالة الثانية من هذا النوع فعل فيها هذا الجراح الماهر ما فعل في الاولى وتم شفاؤها على ما ينبغي ومثل هذه العملية لا تقاوم من الخطر بالنظر لبقاء القضيب بل والحياة الشخص فلا يقدم الجراح عليها الا بشرطين الاول اذا حصل في خروج البول تعسر عظيم والثاني اذا الم اهل الشخص واقاربه على فعل العملية طلبا للتناسل من هذا الولد الصغير

ولنضم هذا المبحث بان نقول اذا ولد الطفل ومجراه غير منقرب بالكلية لزم المبادرة بفعل فتحة صناعية سواء في طرف الذكر اذا وصلت القنسة الى هناك او في محل آخر من القضيب لان اخذات ايبوس سبادياس في الطفل اولى من ان يترك لموت محقق ناتج من انقطاع سير البول ويعرف وجود القنسة وطولها باحساس التئوج الحاصل من مرور الاصابع على الجزء السفلي من القضيب فاذا كان البطن ممتدا بكبر المثانة الممتلئة ولم يمكن فتح مجرى البول لزم الاجتهاد في بزل المثانة امان اعلى العانة او من المستقيم وهذه الوسطة الاخيرة قد تكون هي الانسب لكونها تنفع لبقاء الطفل واطالة عمره مدة ولا سيما اذا حصل من ذلك اتصال مستدام بين المثانة والمستقيم لان البول يجده منفذا من هذا العضو ومنافع هذه الوسائط العلاجية في جميع الاحوال انما هي وقية ولا تمنع موت الطفل بهذا التشنج بعد زمن ما طويل او قصير

الفصل الثالث

في امراض الجهاز البولي

يقرب للعقل ان كلاما من الكلبتين والمثانة قد يلبس مدة الحياة داخل الرحم ولا سيما الكلبتان وان عسر تحقق ذلك في المولودين ومع ذلك قد يشاهد تلون خفيف او شديد في الكلبتين على حسب غيبوبة الدم او فيضانه كثيرا في منسوجهما قال بليار كثيرا ما شاهدت على سطحهما في المولودين اكدام تختلف في الاتساع ناشئة من انصباب دم تحت غشائهما الخاص وحيانا يشاهد احمرار نكتي في سمك الجوهر الحلي وهذه النكت الحمر قد تكون احيانا

واسعة بحيث تعد من الشمس والبقع الحقيقية
وهناك تغير في اللون عظيم الاهتمام يشاهد في الاطفال ذوى اللون اليرقاني
وهو ان توجد حروز مصفرة فاقعة تمتد متشعبة من قبة الحلمات الى قاعدتها
وتنشأ يقينا من تلون المصل الذي يوجد بين الياف الجوهر الحلي وهذه الحروز
الملونة تنبع اتجاهها منتظما ولا ينبغي اعتبارها نتيجة تغير مخصوص في منسوج
الكلية وانما هي نتيجة للسبب البعيد الذي احدث اليرقان وشاهدت مرة
الجوهر القشري منفصلا عن الجوهر الحلي بخط اصفر شبيه بالذي ذكرته وكان
الجوهر الحلي كانه محاط بهذا الخط الحزى

وكثيرا ما وجدت في المولودين الكليتين رخوة بحيث يسهل غزقهما
او صيرورتهما على هيئة لبنة اذا فعل فيهما حركة جذب ويظهر ان الالتهاب
الكلى الحصى قد يحصل فيهما مدة الحياة داخل الرحم كما رأينا ذلك
في مشاهدة ذكرناها قريبا حيث وجدنا في المشانة مقدارا عظيما من الحصى
الصغير وكثيرا ما وجد دينيس حصيات في القنوات البولية وفي بول
المولودين وكثيرا ما وجدت مثل ذلك ايضا واما الحصى الكبير الحقيقي فلم يشاهد
اصلا ومع ذلك يجوز مشاهدته انتهى

والمشانة في المولودين تكون في العادة صغيرة منقبضة ولا ترتفع اعلى عن محاذة
المضيق العلوى للحوض وسطحها الباطن عظيم الاهتمام بمنظره الابيض
المصقول المخالف في ذلك لغيره من الاعضاء البطنية فان اسطحها تكون وقت
الولادة محتقنة كثيرا او قليلا قال المؤلف قد وجدت مرة فيه نكتا حمر
لكن كان ذلك موجودا ايضا في اعضاء اخر

والاعراض التي نسبها لان واندروود لاحتباس البول في الكلية مع الاطفال
يظهر انها ناشئة من التهاب كلوى حقيقى وذلك هو اقل ما يستنتج من مجموع
الاعراض التي ذكرها ومن نجاح العلاج الذي استعملناه واما ما ذكره اندروود
من موت هؤلاء الاطفال بدون ان يكابدوا امينا ولا نحو ذلك ناشئ يقينا
من كون الالتهابات الشديدة الثقل فيهم كثيرا ما تكون خفية ولا يحصل

منها

منها اعراض اشتراكية واضحة فاذا كان احتباس البول ناشئا من آفة في الكيتينيتين اللتين لم يحصل منهما اتمام افرارهما وان كان الطفل لم يتبول فان مشانته لا تتجدد بحيث ان السائل لا يتقرز في الحقيقة بكمية كثيرة كما يكون في الحالة الاعتيادية

قال بليار وليس في طاقتي ان اذكر بالضبط اعراض التهاب المثانة في الاطفال الرضع لانه لم يتيسر لي مع غاية الاتباه مشاهدتها اما لكونها قليلة الوضوح في الاطفال الصغار الذين عرضوا لمشاهدتي واما لاختفاؤها واستتارها باعراض اخر غير اني كثيرا ما وجدت المثانة ملتهبة في فتح الاطفال المختلفين في السن وكانت صفات هذا الالتهاب هو الاحمرار الشديد والانتفاخ الواضح في الغشاء الباطن الذي سهل جدا تمزيقه ورفع اهدايا وقد شاهدت في ثلاثة اطفال عمر احدهم خمسة عشر يوما والثاني شهران والثالث اربعة اشهر تمدد المثانة فيهم بمقدار عظيم من البول مع التهاب شديد جدا في عنق المثانة التي كانت حمراء شديدة الانتفاخ بحيث حملني ذلك على ظن ان هذا الطفل كان في مدة حياته مصابا بالتهاب مثاني واستدعي ذلك احتباس البول الذي مات منه فيلزم غاية الاتباه لدراسة اسباب احتباس البول في الاطفال حتى يعالج عللا مناسبة وينبغي الاجتهاد في تمييز احتباس البول الحاصل من التهاب المثانة عن الاحتباس المثاني من شللها الذي سببه وجود آفة حادة او مزمنة في الجهاز النخاعي الشوكي ويظهر على مقتضى ما ذكره مروتون ومايوخذ من مشاهداته ان الاطفال يمكن ان تصاب بالديايطس السكري الذي صفاته فيهم هو التحول السريع والاسهال الكثير والعطش الشديد وكثرة البول الذي يكون كافي الكبار البالغين سكري الطعم والنزلة المثانية اعني الالتهاب المزمن في المثانة تادرة جدا في الاطفال الرضع ثم نصيرا اكثر حصولا كلما تقدم الطفل في السن سواء كانت موضعية او كان سديمها وجود حصاة في المثانة

ومعالجة هذه الافات المختلفة سهلة فالالتهاب المثاني الحاد الذي ربما عرف بالتورم المؤلم في الخلية واحتباس البول يعالج علاجا نافعا بوضع علقة او علتين

على العجمان وباستعمال الاستحمامات الفاترة والضمادات المرخية على البطن ويلزم في شلل المثانة الالتجاء لادخال مجسم ثم استعمال الوسائط التي تقاوم بها الآفة المخية التي قد يكون هذا الشلل نتيجة لها واذا وجد الديايطس الذي شاهده مورنون في الاطفال لزم استعمال الوسائط التي استعمالها هذا الطبيب في طفل وشفي بها وهي التدبير اللبني الذي يتمسك به مع غاية الضبط في ابتداء الداء واما المشروب الوحيد الذي يدفع به عطشه الشديد المستدام فهو مخلوط العسل بالماء الحديدي

وقد تصاب المولودون باحتباس للبول غير ناشئ من الالتهاب ولا من شلل المثانة فيمكنون يومين او ثلاثة قبل ان يخرج اول بول منهم فيلزم في هذه الحالة اذا تحقق وجود القوة الطبيعية للمجري ان يوضع الطفل في حمام فاتر ويوضع على بطنه اما ضماد او ما اشار به اندروود وهو مثانة مملوءة نصفها بما فاتر

فاذا كان الطفل مصابا بالخصى الصغير او بالخصاة الكبيرة البولية سهل علاجه علاجا مناسباً وقد اوصى ماچندي للاطفال المذكورين بتدبير غذائي بنائي لكن تقول كيف ذلك مع ان اللبن يكفي لتغذيتهم نعم هذا الداء ثقيل جدا يقينا في هذا السن ولا يمكن الاجتهاد في اتلاف السبب الا اذا سمح سنهم بقطعاتهم متنوع اغذيتهم ويختار منها ما هو مناسب لهم ومع ذلك ينبغي ان تؤمر المرضعة لهذا الطفل بترك الاغذية الدسمة الازوتية كاللحوم وانما تؤمر بالتدبير الغذائي التالي

الباب الخامس في الالتهاب البريتوني

التهاب البريتون يوجد في الاطفال المولودين اكثر مما يظن فكما يظهر بعد الولادة من تأثير الاسباب المثيرة التي تعرض لها الاطفال قد يظهر ايضا مدة اطامة الطفل في الرحم كما يدل على ذلك المشاهدات الآتية التي ذكرها بليار وفي هذا الباب فصلان

الفصل الاول في الالتهاب البريتوني الخلقي

قال

قال المؤلف شاهدت في جثة طفلين مات احدهما بعد الولادة بثمان عشرة ساعة والثاني بعدها بأربع وعشرين ساعة المتصافات قديمة متينة بين بعض تلافيف الامعاء وبعضها ووجدت في احدهما الوجه المقدم اى المحذب للكبد ملتصقا بالحدار المقدم للبطن بواسطة اربعة خيوط متينة جدا وان كانت دقيقة فمن المحقق ان هذه الالتصاقات العارضة نتيجة التهاب بريتنوى حدث مدة الحياة داخل الرحم واجتاز اذ واره قبل الولادة واحدهذين الطفلين كان سقيما صغيرا بنية رائد الانتقاع واما الآخر فكان في السمن الاعتيادى الذى يكون للمولودين

وكثيرا ما شوهد الالتهاب البريتونى الحاد فى الاطفال الذين يظهر ان هذا الداء معهم من وقت الولادة فقد ذكر دوچيس فى كتابه فى امراض الاطفال فصلا مهما مخصوصا بهذا الداء وفيه مشاهدة طفل ولد فى اليوم التاسع من فوريير سنة ١٨٢١ فى بيت الولادة بياريس وكانت مدة حمل سبعة اشهر ونصف وكان جيد التكون وطوله تقريبا ستة عشر قراطا ووزنه ثلاثة ارطال ونصف وكانت الاوذىما عامة فيه وبطنه متورم كونه التنفس موجودا فيه وصاح وعاش ثلاث ساعات ومع ذلك لم يخرج منه العقي واعطيت له حقنة بيماء فاترو خرجت منه فلما مات فتحت جثته فى اليوم التالى بمحضر شوسير ايضا فوجدت احشاء البطن كلها ملتصقة بواسطة زلال اصفر المتجمد ووجدت اغشية كاذبة رقيقة على الكبد والطحال والمثانة وغير ذلك ووجد الترب ملتصقا بالامعاء والامعاء ملتصقة ببعضها ويجمعة كأنها صرة واحدة مصفرة صلبة صميكة ويظهر كأن منسوجها مختلط بالزلال المتجمد وتحتوى على ملادة مخاطية صفراء رغوية ووجدت اشياء غير ذلك وهذا الطفل كان بكرى امه وعمره ثنتان وعشرون سنة وكانت جيدة الصحة واما كان معها قنف واحيانا تعتر بها ازرار قوباوية على البطن قال بليار وشاهدت التهابا بريتونيا اقل درجة من ذلك فى ثلاثة اطفال ماتوا بعد الولادة بيسير وكانوا اقوياء البنية ولكنى لم اشاهد حالتهم مدة

حياتهم وانما اتكشف لي سبب موتهم من فتح جنتهم وكان مع احدهم انصباب
مصلي صديدي كثير وكانت التلايف المعوية شديدة الاحمرار من الظاهر
وابتدأت في الالتصاق ببعضها

ولنا ان نظن ان الالتصاقات الجديدة للبريتون في الحالة التي ذكرها دوجيس
وفي هذه المشاهدات الاخيرة انما هي دالة على التهاب حاد ظهر اما في اواخر
ايام الحمل او مدة الولادة ولا كذلك التهاب البريتون المزمن المصاحب
للالتصاقات القديمة المثينة التي ذكرتها واجتازت ادوارها في الرحم فيسأل
ويقال ما الاسباب المنبهة التي يمكن ان تحدث مثل هذا التهاب الاخير ويلزم
حينئذ ان يكون منقولاً من الام للجنين والا كيف يتصور غير ذلك

الفصل الثاني

في التهاب البريتون الظاهر بعد الولادة

من حيث ان الاطفال معرضون كالبالغين للاسباب المنبهة المحيطة بنسبهم
ان تؤثر فيهم تلك الاسباب تأثيراً مختلفاً شدة فتحج اعضاؤهم وتلاهمها كما يحصل
ذلك فينا فيسألون كتماناً وان كان يتوجب من حصول التهاب البريتون
لهؤلاء الاطفال الصغار ومع ذلك هو فيهم اما حاد او مزمن وذكرا وبلياً وامثلة
منه سندكرها على الاثر

التهاب بريتونى حاد * طفل عمره اربعة عشر يوماً دخل المارستان في الثالث
عشر من فبراير وكان قوى البنية الا انه منذ يومين انتفع لونه وصار يتقيأ كلما
شربه وترشحت اطرافه السفلى وصارت سخنته نعلن بالام وهو يضطرب
وينزعج على الدوام وانتفخ بطنه وتيس فصار له قعة في السرة ويتألم من اللمس
لانه كان اذا كبس عليه صاح الطفل واجرو وجهه وعسر تنفسه وكان صدره يرن
في جميع سعته وكان جلده جافاً محرقاً ولا يمكن وجدان نبض اليد وكانت
ضربات القلب المسموعة بالمسماع عميقة خفية والصياح ضعيفاً حاداً يعسر
سماعه وليس معه تبرز قط (فكان علاجه بالحمية والماء المحلى بالسكر والضماد
على البطن والاستحمام) ثم مات الطفل في المساء بين الثالث عشر والرابع عشر

وفتحت

وفتحت جثته في اليوم التالي فوجد كل من القم والمرى والمعدة سليما والامعاء متوترة بمقدار عظيم من الغاز وليس في البريتون احمرار في جزء من اجزاء سطحه الا ان هنالك التصاقات جديدة متينة بين تلافيف الامعاء وبعضها وهناك ايضا طبقة غشائية كاذبة سمكية على المساريقا ووجد في البطن نحو اوقية من سائل مصلي صديدي منسكب فيه وكل من الجهاز الدوري والمخ سليم فقد خصصنا من اعراض هذا الالتهاب البريتوني الانتفاخ المؤلم للبطن وعدم التبرز والصفر الزائد للنبض والسحنة المتألمة قد علم من هذه الآفات التشريحية طبيعة هذا الالتهاب البريتوني بحيث لا يشك فيها وهما هي مشاهدة اخرى

التهاب بريتوني مزمن * طفل انثى عمره عشرة اشهر طويل القامة لكنه نحيف منتقع اللون نبت له سنان قاطعان في الفك السفلي وحصل دفعة له عسر تنفس وكان هذا الطفل في العادة كثير الانبساط والسرور فصار كثيرا كثير الصباح مدة ايام فدخل المارستان في الثاني والعشرين من جنفير فوجد بطنه منتفخا وتنفسه فيه بعض عسر ويسمع سماعا غير جيد في الجزء العلوي من الجانب الايمن للصدر وكان لسانه جافا ونبضه صغيرا وجلده محرقا ومعه اسهال كثير لمادة خضراء مخاطية (فجوج بالشعير وشراب الصمغ وضمداد على البطن ولبن غمزوج) وفي الثالث والعشرين صارت مواد اسهاله اكثر صفاء واقل خضرة وفي الرابع والعشرين كانت اعراضه العامة كالسابق ولم يكن معه حمى ومعه تورق البطن وجهته متألمة وجهة متكرشة وفي السادس والعشرين اعتراه عسر في الازدراد وحركات عنيفة للقيء اذا شرب شيئا وضعف في الصباح واحيانا خفاء وفي حلقه احمرار شديد ومات في صباح السابع والعشرين وعند فتح جثته وجد فيه اتصال تام وانتفاع عام في الجلد ووجد في البطن انصباب نحو اوقيتين من مصل اصفر متكدور والتصاقات عديدة متينة بين قولون المستعرض والقوس الكبير للمعدة وكذا وجد بعض تلافيف من المعال الدقيق ملتصقة ايضا ببعضها التصاقات متينة ووجد الغشاء المخاطي

للمعدة وورديا منتقعا والذي للامعاء الدقاق مبذور فيه حرور في قولون
انار صغيرة محمرة وعظام الفك العلوى والسفلى كانت رخوة اسفنجية بحيث يسهل
قطعها كالخضروف ووجدت اللثة غير ملتصقة والمخ محتويا على مقدار عظيم
من حصل ليونى في البطينات الجانبية ووجد الجوهر النخى شديد الاحتقان
والرئة اليمنى محتقنة

والظاهر انه عسر تشخيص هذا الالتهاب البريتونى الذى بسبب ازمانه توجد
فيه صفات ضعيفة الظهور ومحققة بالتهاب المعاء المضاعف له وربما كان عسر
التنفس نتيجة الانصباب الكثير الذى وجوده فى الخلطة يتعب حركات الجباب
الحاجز خصوصا اذا كبس على تجويف البطن باليد او بكماء الطفل لان
الرئتين لم يوجد فيهما اصابة ثقيلة تنضج بها هذه العوارض المتعلقة
بالتنفس

قال بليار واعتبر دوچيس امسالك البطن احدا سباب الالتهاب البريتونى
فى الاطفال وقوى رأيه هذا ببعض امور واقعية لكن ما عدا كون الامسالك
فى الغالب نتيجة لهذا الالتهاب لاسبابه لانه لا يعرض الا بعد ابتداء هذا
الالتهاب ~~بممكن~~ ان يقال كيف يصاب الطفل بالالتهاب البريتونى فى بطن امه
مع ان الامسالك حينئذ لا يكون يقينا كما بعد الولادة عارضا ناتجا من تكدر
فى الوطائف الهضمية فيصح ان ينتج الالتهاب البريتونى من انسداد المستقيم
او الاختناق الباطن فى الامعاء كما شاهد دوچيس وغيره امثله من ذلك لكن هذه
العوارض قد تعرض احيانا بدون التهاب البريتون كما تقدم ذلك فى المشاهدات
التي ذكرناها وبعبارة دوچيس يظهر ان السبب الاصلى فى الاحوال الثقيلة
هو البرد لكن كثيرا ما ظن انه ناشى ايضا من امسالك شاق ~~بممكن~~ فى الحقيقة
ان يكون هو العرض الاول ما عدا الاحوال التي يحصل فيها مانع ميجانكى
يعارض دورة الدم وخروج العقي ويظهر لى ان الامسالك لازم الحصول من
ابتداء الداء والبطن بعد ذلك حالات توتر وتغلم وتزيد حساسيته وتترن بالقرع
الذى ينبه كالمس البسيط الانين والصياح لهذا الطفل الصغير والجلد يكون

حاراجافا وسيما جلد البطن ويكون هنالك حمى وسهر اى عدم نوم ورفض
 للثدى وبعد بعض ايام يكثر الانين ويحصل تجشئ وفي الاخر اسهال
 ويرقان وانتحال محسوس خصوصا فى الاطراف البطنية والبول يقل مدة
 سير الداء فاذا اريد مشاهدة اللسان مدة الصباح وجد احمر من خوافيه
 وفى وسطه طلاء من غلالة بيضاء تغشى ايضا احيانا وسط سقف الحلق مع انه
 لم يكن هنالك حمى قلاعى واما التنبض فلا يؤخذ منه الا سير علامة لمن لم يكن
 كثير الاعتماد على مس نبض الاطفال فيوجد صلبا فى الابتداء وضعيفا
 فى اواخر الايام وقد رأينا اعراضا زالت فى ثلاثة ايام او اربعة واحيانا يموت
 الطفل بعد اسبوع او اسبوعين فحينئذ يكثر القيء الصفراوى ويريد التحول سريعا
 وتسمى تخاطيط الوجه ويريد انتفاخ البطن فيتلون بالسمره ويكون شكله
 حديبا ولا يتقص قوته ولا حجمه من الاسهال ثم يموت الطفل بعد ازعاج
 وسببات انتهت ويرتد على ذلك ان السحنة تعلن بالالم فهذه هى اعراض
 الالتهاب البريتوى الذى يستدعى من الطبيب غاية الانتباه وشدة المهارة حتى
 يميزه عن التهابات القناة المعوية التى قد تعصبه او تشبهه

ويمكن ان يميز التهاب البريتون عن التهاب البلورا المسمى بذات الجنب برؤية
 الصدر فان عسر التنفس كما شاهدنا فى المشاهدة التى قبل الاخيرة لا يبدل دائما
 على آفة فى الرئتين فقد يكون نتيجة انتفاخ فى البطن وتعب يحصل فى حركات
 الجنب الحاسر وكذلك الالام البطنية فى الالتهاب البريتوى اذا تحققت
 تختلف عن الالام التى تسبب عن التشنج والتوتر الغازى فى الامعاء فان
 الالام القولنجية فى هذه الحالة الاخيرة تكون غالباً مترددة اى تحق
 وتنقل واذا خرجت الغازات ذهبت وقال ذو جيس من المعلوم ان الامساك
 والالام القولنجية يكونان فى الابتداء مع الالتهاب البريتوى اذا كان موجودا
 ويعسر جدا تمييز الاحوال البسيطة عن المركبة ومع ذلك فالطفل يضطرب
 ويتلوى فى الالتهاب البطنى اقل مما اذا كانت الالام القولنجية تشنجية ومن
 السعد ان الوسائط الاول التى تستعمل مناسبة لكل منهما وورم البروز السرى

يسهل تمييزه عن الفتق البسيط المبتدأ وانذار الالتهاب البريتوني في الاطفال
يكون دائما ثقيلًا وصفاته التشريحية هي احتقان البريتون والمصل الندي
والاغشية الكاذبة في تجويف البطن وتوتر المعدة والامعاء بالغاز المسبب
لتورم البطن وبروز الالتصام السري وغير ذلك

العلاج * يلزم ان يبدأ بقطع الارضاع او تقول وهو الاحسن بتدبير الارضاع
بان يبدل اللبن زمنا فزمنًا بمسحلب اللوز ويمنع عنه جميع الادوية القوية
الفعل ويوضع على البطن علقة او علقتان قريبًا من السرة او يوضع اكثر على
حسب سن المريض ثم يوضع الطفل في حمام من مطبوخ الخيطمية وعلى بطنه
كماد او ضماد من دقيق بزر الككتان الذي يوضع عليه دهن اللوز الحلو ودهن
البابونج كما اوصي بذلك شوسير ويصح ان يؤمر للطفل بمسحلب خفيف مركب
من دهن اللوز المذكور وماه زهر البرتقان ويصح ان يضاف على ذلك قليل من
شراب الخوخ او يؤمر له بقمحيتين او ثلاث من الكلو ميلاس ويعض ملاعق
صغيرة من شراب الشكوريا نوع من الهندباء او يعطى له نصف حقنة فيها
درهمان من دهن الخروع او من غسل حشيشة اللبن ليتعرض التبرز ويحصل
تحويل للقناة المعوية لا يمكن لا يلتجأ لهذه الوسيلة الا خيرة الابداع مقاومة
شدة الاعراض الالتهابية وتحقق عدم وجود التهاب معوي

وفي النقاهة لا يعاد الطفل للتدبير المقوى المناسب لسنه الا تدريجًا ولا يرجع
لثدي مرضعته الا بعد ان يغذى زمنا ما بطن البقرة او المعز ممزوجا بمطبوخ الشعير
المقشر ولا ينبغي ان يحمل حنظل الاقدام حارة دائما وليس القلائل فان التهيج
المستدام الذي يحصل بذلك في الجلد مناسب جيدا في نقاهة الالتهابات
البطنية ولا تعطى المقويات الشديدة كشراب الكينا الا اذا كان الطفل
ضعيفا جدا

الباب السادس

في الاستسقاء

لا بد ان يوجد في بطن الاطفال الذين ماتوا بالتهابات مزمنة مقدار ما من مصل

ليوني

ليزني اللون غير زندي ولا يصحب ذلك آفة او تولد مرضى قادر على ان يكشف
وجود التهاب في البريتون وذلك الانصباب يختلف في الكمية من نصف اوقية
الى ثلاث اواق او اربع والاطفال المصابون بذلك يكون معهم انتقاع
ونحول وضعف زائد والاطراف السفلى تكون غالباً اوديمياوية والطرق الهضمية
قد تلتب احياناً لكن الغالب ان تكون عديمة اللون اولينة وهذا الداء يكثر
حصوله بعد السنين الاول من الحياة ومع ذلك قد يشاهد في الصغار جداً بل
شوهدهم مولودون ولدوا باستسقاء حقيقي وذكر الطيب روس في الجرنال الطبي
الجراحي مثلاً من ذلك وهو ان امرأة عمرها ثلاثون سنة سقطت من محل
مرتفع على بطنها وهي حامل فلما قامت احسنت بفتيحة هذا الاضطراب العام
نحو القسم القطبي الخليل واصيبت حالاً بتقير البول وبعد شهر احسنت باوجاع
الولادة غير ان الولادة كانت عسرة بسبب عظم حجم المشاة فاضطر لعملية البزل
فيما خرج ستة امنان من السائل من قناة الالة واربعة من الطرق الاعتيادية
ثم ولدت طفلاً ميتاً فتحنت جثته فوجد نحو من من الماء في البطن والصدر
واجزاء اخر من الجسم ووجد المنسوج الخلوي مجلساً لا رشح عام مع ان جميع
اعضاء الطفل الظاهرة والباطنة كانت جيدة التشككون ولم يوجد في شئ منها
هيئة موت قط وهذه المشاهدة عظيمة الاهتمام اولاً بالنظر لكونها افادتنا وجود
استسقاء خلقي وثانياً دلالتها على الارتباط الزائد الذي شاهدناه بين تقير البول
ومكث مقدار عظيم منه في مثانة الام واستسقاء الطفل

والطبيب اولفير شاهد نوع استسقاء خلقي لم يعرف الى الآن مثال تقيره
فكان المصل محمواً في بجوف الترب المعوي القولوني وصورة المشاهدة هي
ان امرأة جيدة البنية دائماً ولدت في الشهر الثامن من حملها طفلاً ميتاً مع انه
كان جيد التشككون وفيه صفات الجنين المتكتم القوي غير ان البطن منه كان
كبيراً الحجم جداً ووجد رانه ملساً رقيقة بحيث يشاهد منها السائل الشفاف الممدد
لها ولما شق الجلد سال مقدار بعض ملاعق من مصل اصفر شفاف وكان البريتون
مبيضا وليس فيه اثر احتقان وكان تجويف البطن مملواً كله بورم شفاف مكون

من الثرب الكبير الذي وريقانه متباعدة عن بعضها بإسائل مصلى مصفر صاف محوى في ثنياته ويسبح في وسطه ندفتان زلايتان وكان سطح الورم متحدبا لا باستواء بسبب الاوعية التي تسبح في سلك هذه الوريقة المصلية وتكون منها جلة الجمة ضعيفة الانبساط ووجد ايضا عتامة خفيفة في الوريقة الخلفية للثرب واما بقية الغشاء فباق على شفافيته الاعتيادية وكانت قناة وزلوف مفتوحة انفتحا حواسها قال واظن ان الكمية القليلة من الماء المحتوى عليها تجويف البريتون سالت من هذه القوهة ومع ذلك جميع اعضاء البطن ليس فيها تغير اصلا وهذا الشرح الذى ذكرناه لا يدل على ان هذا الاستسقاء كان نتيجة التهاب ثربي عرض في الثرب بدون ان يشارك الباقي من البريتون الثرب في هذا الالتهاب المحدود انتهى

ويلزم ان يعالج الاستسقاء المذكور بعلاج السبب المحدث الحافظ له

الباب السابع

في فتوق البطن

الفتوق الخلقية في البطن قد تحصل في القوهات او القنوات المختلفة التي توجد في الجدران البطنية طبيعة او تنج من عدم كمال هذا الجدار فيكون بين اجزائه خلل ومسافات واسعة بحيث تنفذ منها الاعضاء المحوية في البطن وفي هذا الباب ثلاثة فصول

الفصل الاول

في الفتق السرى

قد شاهدنا ان القناة المعوية في ابتداء الحياة الجنينية تكون موضوعة كلا او جلا في قاعدة الحبل السرى وبقراشه يتكون منه الجزء المقدم لجدران البطن وكلما تقدم الطفل في السن انجذبت هذه القاعدة ودخلت التلافيف المعوية في التجويف الذى يلزم ان يحتوى عليها من الآن فصاعدا فتوجد حلقة صفاقية تحمى وتضيق قاعدة الحبل الذى لا يحتوى في الطفل المولود الا على الاوركوس والعروق السرية

الحلقة السرية * الخط الأبيض من قبل الولادة إلى وقتها يكون منقبضاً في جزئه المتوسط بفوهة مستديرة تمر منها عروق الحبل وتسمى تلك الفوهة بالحلقة السرية والوريد وحده يشغل منها النصف العلوي وهناك حاجز خلوي مستعرض يفصله عن الشريانين والاوركوس التي تملأ النصف السفلي من هذه الفوهة وتلك الأجزاء منضمة في دائرة الحلقة بمنسوج خلوي مندمج وخصوصاً من الأسفل ثم إن تلك الأوعية السرية في داخل البطن تتباعد عن بعضها فيكون منها شبه مخروط قاعدة واسعة تجاور الوجه المقعر للكبد والأقسام الحرقفية القطنية وطرف المثانة وحينئذ تتصل بالحلقة وتصل أيضاً هذه العروق خلف هذه الحالة عن بعضها بمسافة أي خلوكبير والبريتون الذي تكون تلك العروق خارجة عنه يلتصق بها التصاقاً متيناً كما يلتصق أيضاً بالأجزاء المجاورة لها من جدران البطن أما خارج الحلقة فتتقارب هذه الأوعية لتتكون منها الحبل السري الذي في سمكه تنضم ببعضها بواسطة منسوج خلوي متين والجلد المجاور يتكون منه على أصل الحبل زائدة سعتها من نصف قيراط إلى قيراط تنتهي بحافة مسننة غير منتظمة ولا تنضم بالعروق إلا بواسطة منسوج خلوي مختلط وبعد انتهائهما يكون غلاف الحبل غشاء مبيضا نصف شفاف كأنه وصلة من البشرة

وتلك الأوعية السرية بعد الولادة وسقوط الحبل تنكمش من جانب البطن وتقبض على بعضها وتجذب نحوها محيط الحلقة فتضم به مع النسيج الخلوي ومع الجلد الذي يلتصق بطرافها فينتج من ذلك أثره مخسفة درنية تسد الحلقة سدأ متيناً وتسمى بالسرة وتكون أكثر متانة كلما بعدت عن زمن الولادة حتى يكون فيها في الكبار البالغين متانة أعلى من متانة بقية أجزاء الخط الأبيض وأما في الجنين وفي الطفل الصغير فبالعكس

إذا عرفت ذلك فلتعلم أنه قد يتفق أن قاعدة الحبل تبقى واسعة وتحتوى على بعض تلافيف معوية فينتج من ذلك في محاذاة السرة شبه جيب أو كيس مستدير وأحياناً مخروطية تته تجاور اندغام الحبل وقاعدته في دائرة الحلقة الصفاقية

التي تصكون اوسع من العادة وجدار ذلك الكيس يكون مكونا من ثلاثة
اشياء الجلد والمنسوج الخلوي والبريتون ويحتوى في تجويفه عادة على افه
اذا كثر من تلافيف المعالذقيق وينبغي الانتباه لربط الحبل بحيثئذ خوفا من
ان يحتوى الربط على شئ من تلك التلافيف او غيرها ولكن الغالب ان لا يظهر
ذلك الا بعد الولادة ببعض ايام لان الامعاء تندفع نحو السرة فتمر من الحلقة وتبرز
اذا كانت ممتدة بالاغذية من تلك السرة وتمدفع الى الاسفل بانقباض الحجاب
الحاجز مدة التنفس والصباح فهذا الفتق وان لم يكن زائدا للوضوح وقت الولادة
الا ان هيئة الاعضاء للفتق موجودة من وقت الولادة فذلك يطلق عليه ايضا انه
خلقى فهو كالذى يتكون كاه وقت الولادة فقد علمت ان الفتق السرى ورم حاصل
من زحلقه حشا او اكثر من احشاء البطن عن محله حتى خرج من الحلقة التي
ذكرناها او من تباعد الياف الخط الابيض في محاذاة هذه الحلقة ولا تعويل
على ما زعموا من ان هذا الفتق ليس له كيس فتقى وذلك غلط ناشئ من كون
هذا الكيس رقيقا دائما فان البريتون يتقاد هذا للتددا اكثر من زحلقته عن محله
وما عدا ذلك قد يتفق في الفتق السرى العتيق ان لا يشاهد بالنظر هذا البريتون
لكونه انشق ايضا مع الجلد حين الكشف عليه وفي بعض الاحوال قد يذهب
بالامتناس او يتزق وعثر كوبر على هذا العارض مرتين فشاهد
ان الاختناق قد يكون مجلسه في حوافى تفرق اتصال الكيس ثمان الفتق
السرى اما خلقى او عارضى وله في الحالة الثانية اختلافات مهمة في الاطفال
الصغار كما في البالغين فليكن في هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

في الفتق السرى الخلقى

هو يحصل في اى زمن كان من ازمة الحياة الجنينية وسببه القرب انما هو عيب
من عيوب التكون كعدم كمال نمو الجدار المقدم للبطن وينشأ من كون الاحشاء
البطنية لم تدخل في هذا التجويف البطنى لامن خروجها منه فالجدار البطنى
قد يعدم احيانا كلا او جلا فيوجد هناك حيثئذ خروج حقيقى لاحشاء البطن

تقسم تلك الاحشاء والبريتون الذي هو ككيس لها في المنسوج الخلوي الحبييل
وفي الحلو اي التباعد الذي تركته الاوعية السرية في جدران البطن وعنق
الورم يكون في مركز الحلقة وغلافه هو الكيس والمنسوج الخاص الحبييل
ماعدا الجزء الذي هو امام الحلقة حالا فان الجلد يحيط مستديرا به في سعة بعض
خطوط والاوعية تتصل عن بعضها والوريد يكون من اعلى الورم والشرابين
من تحته واحيانا على جانبيه

وحجم هذا الورم يختلف كثيرا فتارة يكون صغيرا جدا بحيث يكون معرضا
لان يربط مع الحبييل بدون ان يظن وجوده وشاهد ذنوبتين مرأت كثيرة
من هذا النوع وينتج من ذلك اعراض الاختناق وحصول شرج غير اعتيادي
وشكل الورم مخروطي واحيانا يكون مخططا تخطيطا واضحا بالاوعية
فيكون كما انه مكون من جملة قصور وقاعدته تكون موضوعة امام الحلقة
ومغطاة بالجلد وقته ليست مغطاة الا بالغشاء الخاص الحبييل ويكون شفافا
وكأن الحبييل السري ناشئ منه

ومعظم الاحشاء البطنية قد توجد في هذا الفتق السري عند الولادة فقد
وجدت فيه المعدة والكبد والطحال وغير ذلك وذكر بعضهم حالة حصل
فيها تمزق الكيس عند الولادة فكان مهلكا للطفل مع ان الفتق رجع لمحل

فاذا كان الفتق كبيرا الحجم جدا كان الغالب موت الطفل في بطن امه اذا لم تطل
مدة حياته بعد الولادة زمنا مساويا وجد مع ذلك عيب آخر في التكون ولم يمكن
رجوع الاحشاء ولم تقدر على اتمام وظائفها اتماما مناسبيا فقد شوهد
ان الاحشاء بعد سقوط الحبييل عرّضت للملازمة الهوائية فصارت مجلّسا لالتهاب
قتال وانذار هذا الداء يختلف ايضا على حسب حجم الورم وعدد الاعضاء
الداخله فيه والاهتمام بها فاذا كان الفتق صغيرا لم يخش على حياة الطفل
والمعالجة تكون بعوده ورده اذا امكن ثم يربط الحبييل بعد ذلك ويحفظ الفتق
من العود بكرة محدة تبقى حتى يسقط الحبييل

المبحث الثاني

في الفتق السري العارضي للاطفال

يتكون هذا الفتق غالباً بعد سقوط الحبل من ثمانية أشهر إلى سنة أو في الأشهر الأولى بعد الولادة وشوهه وعرضه نحو السنة الرابعة أو الخامسة لكن ذلك نادر والاسباب التي ينسب لها هذا الفتق هي تعويق تضيق الحلقة السرية وعدم كمال هذا التضيق واسترخاء الأثر التي تحصل بعد سقوط الحبل والصباح الاحتياذي للطلق والوضع الأفقي الذي يوضع فيه غالباً وشدة الحرق والقماط المحيط به والتشنجات التي يصاب بها كثيراً وعلى رأى بعضهم دوام عظم حجم البطن باعتبار سنه

ويندر أن يجا ورعنى هذا الفتق مركزاً الحلقة فالأحسن أن يفري العروق ومحيط هذه الفتحة بأهل من مروها بين العروق نفسها الملتصقة ببعضها التصاقاً متيناً وبأثر الجلد فالرباط المتكون منها بعد انسدادها يشق الورم من ثمانية إلى ثمانية فيكون منظره كزجاج القص ومع ذلك إذا زاد حجم الورم تلف جزء من الالتصاقات الحاصلة بين الأوعية فتنفصل عن بعضها في دائرة الورم فيوجد فيه حينئذ ثلاثة فصوص لافسان فقط فاذا لم يزل الورم أخذ في زيادة الحجم انفصلت بالكلية عن الجلد وانكشفت نحو الحلقة وزال كون الورم فصياً حينئذ يسرع في النمو سهولته اذ ذاك وترق غلافه شيئاً فشيئاً ويغذب بثقله فينزل قليلاً امام الخط الأبيض وبالجملة مهما كانت هيئة العروق يكون هذا الفتق في الأطفال على شكل ورم اسطوانى او مخروطى مستند بقاعدته المستديرة على الحلقة السرية التي يحبس الاصبع بذاتها فاذا حصل الرد كانت له هيئة مخصوصة وهي ان الأثر الخشن من الجلد تزول بالكلية او تنكس ان تزول ولا يبقى من الأثر الا نكتة خفيفة مبيضة يظهر ان الجلد فيها ارق مما في غيرها ويختلف موضعها وفي بعض الاحوال شوهد ان الحلقة مالت للانسداد وحصل رد الفتق بنفسه وتم شفاء الأطفال منه لكن هذه الحالة نادرة جداً

ورد هذا الفتق يحصل فيه غالباً بعض تعمق فاذا كان الورم قليل الحجم تفعل حركات الرد عليه مباشرة من الامام الى الخلف اما اذا كان كبير الحجم فانه يضغط عليه ببعض انحراف من الاسفل الى الاعلى وذكرنا الحصول الشفاء

الناس ومنع الفتق من العود واسطتين الضغط والربط والواسطة الاخيرة هي
المعروفة قديماً فقد ذكرها بوليجين وميلسوس وفضلها دسولت على الضغط
وهاي كيفية فعلها

فالطفل يستلقي على ظهره ويرد الجراح الفتق ويمنع بسبابه يده اليسرى رجوع
الاحشاء من جديد ويتحقق باليد الاخرى ان الرد تام ثم يجذب نحو الجلد
المغطى للورم وبموجب ذلك يجذب معه الكيس الفتقي الملتصق به فيكون على
هيئة جيب ذي عنق يلف مساعد على عنقه قرب الحلقة ما يمكن لفة اولفتين من
شريط مشمع صغير وفي كل لفة يعقد عقدة مزدوجة ثم يغلى الجيب بالتفصيل
والرفائد ويحفظ ذلك برباط في اليوم التالي للعملية يعرض انتفاخ قليل مع
التهاب التصاق به يحصل انسداد الفتحة السرية لالصاقه حواف الكيس
البريتوني ببعضه وفي اليوم الذي بعده او فيما بعد ذلك يتخلل الرباط فيوضع
رباط جديد يشد حسب الامكان واحياناً يضطر لرباط ثالث وفي نحو اليوم
الثامن او العاشر يسقط الكيس مصاباً بالغنغرينا فينتج من ذلك قرحة
صغيرة لم تلبث قليلاً حتى تلتئم فيوضع رباط مستدام يكث شهرين او ثلاثة
وبعد هذا الزمن يكون الشفاء التام

واما الضغط فيفعل بواسطة كرة من خرق تحفظ بواسطة رباط جسم او بواسطة
حزام مزن يعاوه كرة محشوة وفيها تحبب قليل لكن لا يوضع ذلك الا بعد سقوط
الحبيل ويوضع ايضا فائد درجية ويحفظ ذلك برباط جسم لكن هذه الطريقة
اقل فاعلية من الاولى ولـكن وضع الرباط الضاغط يستدعي غاية الانتباه
وبدون ذلك يخزم انتظامه فتخرج منه الاعضاء بسهولة بحيث يكون الكيس
الفتقي دائماً معرضاً لقبول الاحشاء ومع ذلك يعسر ان يعطى الكرة الرباط شكل
يحصل منه منفعتها وهي انسداد الفوهة التي يخرج منها الفتق فان الكرة
اذا كانت محدبة دفعت الجلد الى باطن الفوهة فيختصر نفسه فيها واذا كانت
مسطحة لم تمنع الاحشاء عن الخروج فتبقى هذه الفوهة في الحالتين متسعة
واما الربط فبالعكس اي انه يتلف جزءاً عظيماً من الكيس الفتقي مع الجلد المغطى له

وبعد استعماله لم يبق امام الفوهة جيب غشائي يقبل من جديد الاجزاء التي ردت
والاثره التي تحصل بعلمه يتكون منها شبه سداة تعارض الرجوع معارضة قوية
وتقوم مقام اثره السرة وبهذه الكيفية نال دسولت النجاح امرات كثيرة وكذلك
دبوتيرن ودمع فذلك اختار جملة مشاهير كسبتيير واسكاربا وغيرهم عملية الضغط
واعترضوا على الربط بانه كثير اما يحصل منه عوارض ثقيلة وتشنجات والتهاب
بريتوني وان التقرح الذي يعقب سقوط الخيط قد يعمر شفاؤه او يكتسب صفة
ردئية وان الاثره التي تنجم من ذلك ضعيفة المقاومة وقابلة للتخزق من الحركات
العنيفة وانه يوجد في الحلقة شبه قمع من البريتون مكون من عنق الكيس الذي
لم يدخل وذلك يهيئ لتفتق جديد بخلاف الضغط فان نجاحه وان كان بطيئاً الا انه
اقوى ثباتاً وقول نعم قد يحصل من الربط بعض عوارض لكن المظاهر انهم بالغوا
في ذلك فاذا نراه تبعاً للمحققين من المتأخرين الا انه مفضل على الضغط يقينا
نعمهما كانت الطريقة المستعجلة لا يربح الشفاء الاصلى الا لاطفال الذين
لم يصابوا في السنة الخامسة او السادسة فاذا لم يمكن الرد حفظ التفتق بواسطة
كرة مقعرة واما حصول هذا التفتق للكبار البالغين فليس من متعلق كتابنا
الخاص بامراض الاطفال

وقد اتفق حصول الشفاء من ذاته لطول ولتدلك التفتق وكان في حالة يتحقق
معها الموت بحيث لم يستعمل في الايام الاولى بعد الولادة الاغذية قليلة وكان
ذلك التفتق قابلاً للرد جدا ولم يكن الورم مغطى الا بالغلافات الشفافة لقاعدة
الحبيل فاقصر على تغطيته بقطعة من الجبر المصنوع المرشوش غليظ لدهن اللوز
الحلو وحفظه عن كل ما يسبب ضغطه ثم وضع عليه رقادة من صوف الفلانيل
مندهة بماء الحظمية وفي الخامس والعشرين حصل له استقرارات كثيرة من
العق غير ان الورم زائد حجمه وصار غير قابل للرد وجدرانه صار في جميع
ظواهره الالتهاب البريتوني واخذ هذا الالتهاب في التقدم والطفل في الهبوط
الزائد وحصل له اسهال زائد صارت منه قواه تأخذ في الانحطاط ويظهر كأن
سطح الورم متغير وفي اليوم الحادي عشر من عمره انقطع الاسهال وسكن

الطفل

الطفل وعلم انه لم يتغير الا ظاهر جدران الورم فاخذ في الزوال تدريجيا وانما بقي
بعض جدرانه متقيحا قهجا كثيرا والباقي منها بقي اسود كأنه غنغري بني
وفي العاشر من سبتمبر الذي هو الحادى والعشرون من بعد الولادة لم يكن هنالك
ورم مجاوز للسرة ورجعت للطفل قواه وسمنه وفي العاشر من اكتوبر الذى
بعد سبتمبر صار الجرح السرى مستطيلا بعد ان كان مستديرا ولم يكن طوله
الا قيراط وعرضه ستة خطوط وتمت وظائف الطفل على ما ينبغي وقد ذكرت
هذه المشاهد في الجرنال الطبى سنة ١٨٣٢ عيسوية

الفصل الثانى

فى الفتق الاربى

كلمات يسيرة فى الحلقة الاربية والقناة الاربية م صفاق العضلة المخرفة الكبيرة
البطنية ينقسم انسى شوكة العانة بين هذه الشوكة والارتفاع الى شريطين
او حزمتين يقربان للتوازي او متباعدين عن بعضهما تباعدا يسيرا فيحصل
من ذلك فوهة يمر منها حبل الاوعية المنوية فى الذكور والرباط المبروم فى الاناث
وتلك الفوهة هى المسماة بالحلقة الاربية والشريطان اللذان يحدها هما
القائمات وهذه الحلقة بيضاوية او مثلثة واتجاه قطرها ك كبير منحرف
من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية كالبيان صفاق العضلة المذكورة
وقاعدتها تجاور الخلو الفاصل بين الشوكة العانية والارتفاع وقاعدتها الى
ليست دائما تامة الحدود تكون فى العادة مقطوعة بحزم عمودية على اتجاهها
ويذهب من النصف العلوى لدائر الحلقة زائدة صفاقية تحبب الحبل المنوى
فى الذكور والرباط المبروم فى الاناث واما القائمات فاحدهما وحشية سفلى
والثانية انسية عليا فالوحشية تذهب حتى تثبت فى شوكة العانة وفى مقدم
الارتفاع وليست تلك القائمة الا الطرف الانسى للجزء المستقيم من القوس
القمضى ولذلك اعتبر بعض المشرحين رباط جبرنات انه الجزء المنعطف من
القائمة الوحشية واما القائمة الانسية فهى اعرض من الوحشية وتذهب
حتى تتصلب امام الارتفاع مع قائمة الجهة المقابلة لها او ايس بنادر ان تشاهد

يسهل تمييزه عن الفتق البسيط المبتدأ وانذار الالتهاب البريتوني في الاطفال
يكون دائما ثقيلا وصفاته التشرىحية هي احتقان البريتون والمصل التندفي
والاغشية الكاذبة في تجويف البطن وتوتر المعدة والامعاء بالغاز المسبب
لتخو البطن وبروز الالتصام السري وغير ذلك

العلاج * يلزم ان يمتدأ بقطع الارضاع او تقول وهو الا حسن بتدبير الارضاع
بان يبدل اللبن زنا فزنا مستحلب اللوز ويمنع عنه جميع الادوية القوية
الفعل ويوضع على البطن علقمة او علقتان قريسا من الصرة او يوضع اكثر على
حسب سن المريض ثم يوضع الطفل في حمام من مطبوخ الخطمية وعلى بطنه
كماد او ضماد من دقيق برز السكتان الذي يوضع عليه دهن اللوز الحلو ودهن
البابونج كما اوصي بذلك شوسير ويصح ان يؤمر للطفل بمسح خفيف مركب
من دهن اللوز المذكور وماء زهر البرتقان ويصح ان يضاف على ذلك قليل من
شراب الخوخ او يؤمر له بقمحتين او ثلاث من الكلو ميلاس ويمنع ملاعق
صغيرة من شراب الشكوريا نوع من الهنديا او يعطى له نصف حفنة فيها
درهمان من دهن الخروع او من عسل حشيشة اللين ليتعرض التبرز ويحصل
تحويل للقناة المعوية لا يمكن لا يلتجأ لهذه الوسطة الاخيرة الا بعد مقاومة
شدة الاعراض الالتهابية وتحقق عدم وجود التهاب معوي

وفي النقاهة لا يعاد الطفل للتدبير المقوى المناسب لسنه الا تدريجا ولا يرجع
لندى مرضه الا بعد ان يغذى زنا ما طين البقر والمغزمز وجا بمطبوخ الشعير
المقشر ولا ينبغي ان يحمل فقط الاقدام حارة دائما ولبس القلائل فان التهيج
المستدام الذي يحصل بذلك في الجلد مناسب جيدا في نقاهة الالتهابات
البطنية ولا تعطى المقويات الشديدة كشراب الكينا الا اذا كان الطفل
ضعيفا جدا

الباب السادس

في الاستسقاء

لا ينبغي ان يوجد في بطن الاطفال الذين ماتوا بالتهابات مزمنة مقدار ما من مصل

لجوف

ليؤني اللون غير ندي ولا يحجب ذلك آفة او تولد مرضى قادر على ان يكشف
وجود التهاب في البريتون وذلك الانصباب يختلف في الكمية من نصف اوقية
الى ثلاث اواق او اربع والاطفال المصابون بذلك يكون معهم انتفاع
ونحول وضعف زائد والاطراف السفلى تكون غالبة اوديمياوية والطرق الهضمية
قد تلتب احيانا لكن الغالب ان تكون عديمة اللون اولينة وهذا الداء يكثر
حصوله بعد السنين الاول من الحياة ومع ذلك قد يشاهد في الصغار جدا بل
شوهه مولودون ولدوا باستسقاء حقيقي وذكر الطبيب روس في الجرنال الطبي
الجراحي مثالا من ذلك وهو ان امرأة عمرها ثلاثون سنة سقطت من محل
مرتفع على بطنها وهي حامل فلما قامت احست بنتيجة هذا الاضطراب العام
نحو القسم القطني الخليلي واصيبت حالاً بتهطير البول وبعد شهر احست باوجاع
الولادة غير ان الولادة كانت عسرة بسبب عظم حجم المشيمة فاضطر لعملية البرل
فيما خرج ستة امنان من السائل من قناة الالة واربعة من الطرق الاعتيادية
ثم ولدت طفلا ميتا فتمت جثته فوجد نحو من من الماء في البطن والصدر
واجزاء اخر من الجسم ووجد المنسوج الخلوي مجلسا لارتشاح عام مع ان جميع
اعضاء الطفل الظاهرة والباطنة كانت جيدة التشكون ولم يوجد في شئ منها
هيئة موت قط وهذه المشاهدة عظيمة الاهتمام اولاً بالنظر لكونها افادتنا بوجود
استسقاء خلق وثانياً دلالتها على الارتباط الزائد الذي شاهدناه بين تهطير البول
ومكث مقدار عظيم منه في مثانة الام واستسقاء الطفل

والطبيب اولفير شاهد نوع استسقاء خلق لم يعرف الى الآن مثال تهطيره
فكان المصل محمواً في مجويف الترب المعوي القولوني وصورة المشاهدة هي
ان امرأة جيدة البنية دائماً ولدت في الشهر الثامن من حملها طفلاً ميتاً مع انه
كان جيد التشكون وفيه صفات الجنين المنتظم النمو غير ان البطن منه كان
كبير الحجم جدا ووجد رانه ملسا رقيقة بحيث يشاهد منها السائل الشفاف الممدد
لها ولما شق الجلد سال مقدار بعض ملاعق من مصل اصفر شفاف وكان البريتون
مبيضا وليس فيه اثرا احتقان وكان تجويف البطن مملواً كله بورم شفاف مكون

من التراب الكبير الذي وريقانه متباعدة عن بعضها باسائل مصلى مصفر صاف محوى في ثنيانه ويسج في وسطه ندفتان زلايتان وكان سطح الورم متحدبا لا باستواء بسبب الاوعية التي تسج في سمك هذه الوريقة المصلية وتكون منها جلة الجمة ضعيفة الانبساط ووجد ايضا عتامة خفيفة في الوريقة الخلفية للتراب واما بقية الغشاء فساق على شفافية الاعتيادية وكانت قناة وزلوف مفتوحة انفتحا واسعا قال واظن ان الكمية القليلة من الماء المحتوى عليها تجويف البريتون سالت من هذه القوهة ومع ذلك جميع اعضاء البطن ليس فيها تغير اصلا وهذا الشرح الذى ذكرناه لا يدل على ان هذا الاستسقاء كان نتيجة التهاب ترابي عرض في التراب بدون ان يشاركه الباقي من البريتون التراب في هذا الالتهاب المحدود انتهى

ويلزم ان يعالج الاستسقاء المذكور بعلاج السبب المحدث الحافظ له

الباب السابع

في فتوق البطن

الفتوق الخلقية في البطن قد تحصل في القوّهات او القنوات المختلفة التي توجد في الجدران البطنية طبيعة او تنج من عدم كمال هذا الجدار فيكون بين اجزائه خلل ومسافات واسعة بحيث تنفذ منها الاعضاء المحوية في البطن وفي هذا الباب ثلاثة فصول

الفصل الاول

في الفتق السرى

قد شاهدنا ان القناة المعوية في ابتداء الحياة الجنينية تكون موضوعة كلا او جلا في قاعدة الحبل السرى وبانقراشه يتكون منه الجزء المقدم لجدران البطن وكلما تقدم الطفل في السن انجذبت هذه القاعدة ودخلت التلافيف المعوية في التجويف الذى يلزم ان يحتوى عليها من الآن فصاعدا فتوجد حلقة صفافية تحم وتضيق قاعدة الحبل الذى لا يحتوى في الطفل المولود الا على الاوركوس والعروق السرية

الحلقة السرية * الخط الأبيض من قبل الولادة إلى وقتها يكون مثقوبا في جرفته
 المتوسط بفوهة مستديرة تمر منها عروق الحبيبل وتسمى تلك الفوهة بالحلقة
 السرية والوريد وحده يشغل منها النصف العلوى وهناك حاجز خلوى
 مستعرض يفصله عن الشريانين والاوركوس التي تملأ النصف السفلى من هذه
 الفوهة وتلك الاجزاء منضمة في دائرة الحلقة بمنسوج خلوى مندمج وخصوصا
 من الاسفل ثم ان تلك الاوعية السرية في داخل البطن تتباعد عن بعضها
 فيتكون منها شبه مخروط قاعدة واسعة تجاور الوجه المقعر للكبد والاقسام
 الحرقية القطنية وطرف المثانة وقته تتصل بالحلقة وتنفصل ايضا هذه العروق
 خلف هذه حالا عن بعضها بمسافة اى خلوكبير والبريتون الذى تكون تلك
 العروق خارجة عنه يلتصق بها التصادمات كما يلتصق ايضا بالاجزاء المجاورة
 لها من جدران البطن اما خارج الحلقة فتتقارب هذه الاوعية لتتكون منها
 الحبيبل السرى الذى في سمكة تنضم ببعضها بواسطة منسوج خلوى متين
 والجلد المجاور يتكون منه على اصل الحبيبل زائدة سعتها من نصف قيراط الى
 قيراط تنتهى بحافة مسننة غير منتظمة ولا تنضم بالعروق الا بواسطة منسوج
 خلوى متخلخل وبعد انتهائهما يكون غلاف الحبيبل غشاء مبيضا نصف
 شفاف كانه وصلة من البشرة

وتلك الاوعية السرية بعد الولادة وسقوط الحبيبل تتكسح من جانب البطن
 وتنقبض على بعضها وتجذب نحوها محيط الحلقة فتضم به مع النسيج الخلوى
 ومع الجلد الذى يلتصق باطرافها فينتج من ذلك اثره مخسفة درنية تسد الحلقة
 سد امتينا وتسمى بالسرة وتكون اكثر متانة كلما بعدت عن زمن الولادة
 حتى يكون فيها في الكبار البالغين متانة اعلى من متانة بقية اجزاء الخط الأبيض
 واما في الجنين وفي الطفل الصغير فبالعكس

اذا عرفت ذلك فلتعلم انه قد يتفق ان قاعدة الحبيبل تبقى واسعة وتحتوى على
 بعض تلافيف معوية فينتج من ذلك في محاذاة السرة شبه جيب او كيس مستدير
 واحيانا مخروطى قته تجاور اندغام الحبيبل وقاعدته في دائرة الحلقة الصفاقية

التي تكون اوسع من العنادة وجدار ذلك الكيس يكون مكونا من ثلاثة
اشياء الجلد والمنسوج الخلوى والبريتون ويحتوى في تجويفه عادة على لفة
اواكثر من ثلاثيف المعالذقيق وينبغي الانتباه لربط الحبل بحيثئذ خوفا من
ان يحتوى الربط على شئ من تلك التلايف او غيرها ولكن الغالب ان لا يظهر
ذلك الا بعد الولادة ببعض ايام لان الامعاء تندفع نحو السرة فتر من الحلقة وتبرز
اذا كانت ممتدة بالاغذية من تلك السرة وتدفع الى الاسفل بانقباض الجباب
الحاجز مدة التنفس والصباح فهذا الفتق وان لم يكن زائدا للوضوح وقت الولادة
الا ان هيئة الاعضاء للفتق موجودة من وقت الولادة فذلك يطلق عليه ايضا انه
خلقى فهو كالذى يتكون كله وقت الولادة فقد علمت ان الفتق السرى ورم حاصل
من زحلقة حشا اواكثر من احشاء البطن عن محله حتى خرج من الحلقة التي
ذكرناها او من تباعد الياف الخط الابيض في محاذاة هذه الحلقة ولا تعويل
على ما زعموا من ان هذا الفتق ليس له كيس فتقى وذلك غلط ناشئ من كون
هذا الكيس رقيقا دائما فان البريتون يتقاد هنا للتددا اكثر من زحلقة عن محله
وما عدا ذلك قد يتفق في الفتق السرى العتيق ان لا يشاهد بالنظر هذا البريتون
لكونه انشق ايضا مع الجلد حين الكشف عليه وفي بعض الاحوال قد يذهب
بالامتصاص او يتمزق وعثر كوبر على هذا العارض مرتين فنشاهد
ان الاختناق قد يكون مجلسه في حوافى تفرق اتصال الكيس ثم ان الفتق
السرى اما خلقى او عارضى وله في الحالة الثانية اختلافات مهمة في الاطفال
الصغار كما في البالغين فليكن في هذا الفصل مجتبان

المبحث الاول

في الفتق السرى الخلقى

هو يحصل في اى زمن كان من ازمنة الحياة الجنينية وسببه القرب انما هو عيب
من عيوب التكون كعدم كمال نمو الجدار المقدم للبطن وينشأ من كون الاحشاء
البطنية لم تدخل في هذا التجويف البطنى لامن خروجها منه فالجدار البطنى
قد يعدم احيانا كلا او جلا فيوجد هناك حيثئذ خروج حقيق لاحشاء البطن

فتمكن تلك الأجنشاء والبريتون الذي هو الكيس لها في المنسوج الخلوي العليل
وفي الخلوى المتباعد الذى تركته الاوعية السرية في جدران البطن وعنى
الورم يكون في مركز الحلقة وغلافه هو الكيس والمنسوج الخاص العليل
ما عدا الجزء الذى هو امام الحلقة حالا فان الجلد يحيط مستديرا به في سعة بعض
خطوط والاوعية تنصل عن بعضها والوريد يكون من اعلى الورم والشرين
من تحته واحيانا على جانبيه

وحجم هذا الورم يختلف كثيرا فانه يكون صغيرا جدا بحيث يكون معرضا
لان يربط مع الحبل بدون ان يظن وجوده وشاهد ذويتين مرأت كثيرة
من هذا النوع وينتج من ذلك اعراض الاختناق وحصول شرج غير اعتيادى
وشكل الورم مخروطى واحيانا يكون مخططا تخطيطا واخضا بالاوعية
فيكون كانه مكون من جلة فصوص وقاعدته تكون موضوعة امام الحلقة
ومغطاة بالجلد وقته ليست مغطاة الا بالجنشاء الخاص العليل ويكون شفاها
وكان الحبل السرى ناشئ منه

ومعظم الاجنشاء البطنية قد توجد في هذا الفتق السرى عند الولادة فقد
وجدت فيه المعدة والكبد والطحال وغير ذلك وذلك ببعضهم طلة حصل
فيها تمزق الكيس عند الولادة فكان مهلكا للطفل مع ان الفتق رجع لمحل

فاذا كان الفتق كبيرا الحجم جدا كان الغالب موت الطفل في بطن امه اذا لم تظل
مدة حياته بعد الولادة زمنا ما سواه ووجد مع ذلك عيب آخر في التكون اولم يمكن
رجوع الاجنشاء اولم تقدر على اتمام وظائفها اتماما مناسبا فقد شوهد
ان الاحشاء بعد سقوط الحبل عرّضت للملازمة الهواء فصارت مجلّسا لالتهاب
قتال وانداز هذا الداء يختلف ايضا على حسب حجم الورم وعدد الاعضاء
الداخله فيه والاهتمام بها فاذا كان الفتق صغيرا لم يخش على حياة الطفل
والمعالجة تكون بعوده ورده اذا امكن ثم يربط الحبل بعد ذلك ويحفظ الفتق
من العود بكرة محدبة تبقى حتى يسقط الحبل

المبحث الثانى

في الفتق السرى العارضى للاطفال

يتكون هذا الفتق غالباً بعد سقوط الحبل من ثمانية أشهر الأول بعد
 الولادة وشوهه وعرضه نحو السنة الرابعة والخامسة لكن ذلك نادر
 والاسباب التي ينسب لها هذا الفتق هي تعويق تضاييق الحلقة السرية وعدم
 كمال هذا التضاييق واسترخاء المصرة التي تحصل بعد سقوط الحبل والصباح
 الاعتناء بالطفل والوضع الافقي الذي يوضع فيه غالباً وشد الدرق والقماط
 المحيط به والتشنجات التي يصاب بها كثيراً وعلى رأى بعضهم دوام عظم حجم
 البطن باعتبار رسته

ويندر أن يجاوز عنق هذا الفتق مركز الحلقة فالأحشاء تفرق بين العروق ومحيط
 هذه الفتحة بأهل من مروها بين العروق نفسها الملتصقة ببعضها التصاقاً
 متيناً وبأثر الجلد فالرباط المتكون منها بعد انسدادها يشق الورم من ثمانية
 إلى ثمانية فيكون منظره كزجاج القص ومع ذلك إذا زاد حجم الورم تلف جزء من
 الالتصاقات الحاصلة بين الأوعية فتنفصل عن بعضها في دائرة الورم فيوجد
 فيه حينئذ ثلاثة فصوص لافصال فقط فاذا لم يزل الورم أخذ في زيادة الحجم
 انفصلت بالكلية عن الجلد وانكشفت نحو الحلقة وزال كون الورم فصياً حينئذ
 يسرع في النمو لسهولة إذلاله وترق غلافه شيئاً فشيئاً ويخذب بثقله فينزل
 قليلاً امام الخط الأبيض وبالجملة مهما كانت هيئة العروق يكون هذا الفتق
 في الأطفال على شكل ورم اسطوانى أو مخروطى مستند بقاعدته المستديرة
 على الحلقة السرية التي يحبس الأصبع بذاتها فاذا حصل الرد كانت له هيئة
 مخصوصة وهي أن الأثر المشتمل من الجلد تنزل بالكلية أو تنكس إذا انزل
 ولا يبقى من الآثار إلا كتلة خفيفة مبيضة يظهر أن الجلد فيها ارق مما في غيرها
 ويختلف موضعها وفي بعض الأحوال شوهد أن الحلقة مالت للانسداد
 وحصل رد الفتق بنفسه وتم شفاء الأطفال منه لكن هذه الحالة نادرة جداً

وردد هذا الفتق يحصل فيه غالباً بعض تعسر فاذا كان الورم قليل الحجم تفعل
 حركات الرد عليه مباشرة من الامام الى الخلف اما اذا كان كبير الحجم فانه
 يضغط عليه ببعض المنخراف من الاسفل الى الاعلى وذكرنا حصول الشفاء

التام ومنع الفتق من العود واسطتين الضغط والربط والواسطة الاخيرة هي
المعروفة قديماً فقد ذكرها بولديجين وملسوس وفضلها دسولت على الضغط
وهاهي كيفية فعلها

فالطفل يستلقي على ظهره ويرد الجراح الفتق ويمنع بسبابة يده اليسرى رجوع
الاحشاء من جديد ويتحقق باليد الاخرى ان الرد تام ثم يجذب نحو الجلد
المغطى للورم ويجذب ذلك يجذب معه الكيس الفتقي الملتصق به فيكون على
هيئة جيب ذي عنق يلف مساعداً على عنقه قرب الحلقة ما امكن لفة او لفتين من
شريط مشع صغير وفي كل لفة يعقد عقدة مزدوجة ثم يغامى الجيب بالتفتيح
والرفاند ويحفظ ذلك برباط في اليوم التالي للعملية يعرض انتفاخ قليل مع
التهاب التصاق به يحصل انسداد الفتحة السرية لالصاقه حواف الكيس
البريتوني ببعضه وفي اليوم الذي بعده او فيما بعد ذلك يتخلل الرباط فيوضع
رباط جديد يشد حسب الامكان واحياناً يضطر لرباط ثالث وفي نحو اليوم
الثامن او العاشر يسقط الكيس مصاباً بالغنغرينا فينتج من ذلك قرحة
صغيرة لم تلبث قليلاً حتى تلتئم فيوضع رباط مستدام يكث شهرين او ثلاثة
وبعد هذا الزمن يكون الشفاء التام

واما الضغط فيفعل بواسطة كرة من خرق تحفظ بواسطة رباط جسم او بواسطة
حزام مزين بعلو كرة مشوة وفيما تجذب قائل لكن لا يوضع ذلك الا بعد سقوط
الحبيل ويوضع ايضا رفاند درجية ويحفظ ذلك برباط جسم لكن هذه الطريقة
اقل فاعلية من الاولى ولـكن وضع الرباط الضاغطة يستدعي غاية الانتباه
وبدون ذلك يخترم انتظامه فتخرج منه الاعضاء بسهولة بحيث يكون الكيس
الفتقي دائماً معرضاً لقبول الاحشاء ومع ذلك يعسر ان يعطى لكرة الرباط شكل
يحصل منه منفعتها وهي انسداد الفوهة التي يخرج منها الفتق فان الكرة
اذا كانت محدبة دفعت الجلد الى باطن الفوهة فيختصر نفسه فيها واذا كانت
مسطحة لم تمنع الاحشاء عن الخروج فتبقى هذه الفوهة في الحالتين متسعة
واما الربط فبالعكس اي انه يتلف جراً عظيماً من الكيس الفتقي مع الجلد المغطى له

وبعد استعماله لم يبق امام الفوهة جيب غشائي يقبل من جديد الاجزاء التي ردت
والاثره التي تحصل بعلمه يتكون منها شبه سداة تعارض الرجوع معارضة قوية
وتقوم مقام اثره السرة وبهذه الكيفية نال دسوس النجاح لمرات كثيرة وكذلك
دبوترن وطمع فذلك اختار جملة مشاهير كسبيير واسكاربا وغيرهم عملية الضغط
واعترضوا على الربط بانه كثير اما يحصل منه عوارض ثقيلة وتشنجات والتهاب
بريتوني وان التقرح الذي يعقب سقوط الخيط قد يعسر شفاؤه او يكتسب صفة
ردية وان الاثره التي تنجم من ذلك ضعيفة المقاومة وقابلة للتخزق من الحركات
العنيفة وانه يوجد في الحلقة شبه قمع من البريتون مكون من عنق الكيس الذي
لم يدخل وذلك يهيئ لفتق جديد بخلاف الضغط فان نجاحه وان كان بطيئاً الا انه
اقوى ثباتاً وقول نعم قد يحصل من الربط بعض عوارض لكن المظاهر انهم بالغوا
في ذلك فاذا نراه تبعاً للمحققين من المتأخرين الا انه مفضل على الضغط يقينا
نعمهما كانت الطريقة المستعملة لا يرجى الشفاء الاصلى اللالاطفال الذين
لم يصابوا في السنة الخامسة او السادسة فاذا لم يمكن الرد حفظ الفتق بواسطة
كرة مقعرة واما حصول هذا الفتق للكبار البالغين فليس من متعلق كتابنا
الخاص بامراض الاطفال

وقد اتفق حصول الشفاء من ذاته لطفل ولنبذ لك الفتق وكان في حالة يتحقق
معها الموت بحيث لم يستعمل في الايام الاولى بعد الولادة الاغذية قابلية وكان
ذلك الفتق قابلاً للرد جدا ولم يكن الورم مغطى الا بالعلاقات الشفافة لقاعدة
الحبل فاقصر على تغطيته بقطعة من الخبر المصنوع المرشوش غليظاً دهن اللوز
الحلو وحفظه عن كل ما يسبب ضغطه ثم وضع عليه رقادة من صوف الفلانيل
منذ انجاء الخطمية وفي الخامس والعشرين حصل له استقرارات كثيرة من
العق غير ان الورم زاد حجمه وصار غير قابل للرد ووجد رانه صار في جميع
ظواهرات الالتهاب البريتوني واخذ هذا الالتهاب في التقدم والطفل في الهبوط
الزائد وحصل له اسهال زائد صدرت منه قواه تأخذ في الانحطاط ويظهر كأن
سطح الورم متغير وفي اليوم الحادي عشر من عمره انقطع الاسهال وسكن

الطفل وعلم انه لم يتغير الا ظاهر جذر ان الورم فاخذ في الزوال تدريجيا وانما بقي
بعض جذر انه متججحا قريبا كثيرا والباقي منها بقي اسود كما أنه غنغريني
وفي العاشر من سبتمبر الذي هو الحادى والعشرون من بعد الولادة لم يكن هناك
ورم مجاوز للسرة ورجعت للطفل قواه وسمنه وفي العاشر من اكتوبر الذى
بعد سبتمبر صار الجرح السرى مستطيلا بعد ان كان مستديرا ولم يكن طوله
الا اقربا وعرضه ستة خطوط وامت وظائف الطفل على ما ينبغي وقد ذكرت
هذه المشاهدة في الجرنال الطبى سنة ١٨٣٢ عيسوية

الفصل الثانى

فى الفتق الاربى

كلمات يسيرة فى الحلقة الاربية والقناة الاربية صفاق العضلة المنخرقة الكبيرة
البطنية ينقسم انسى شوكة العانة بين هذه الشوكة والارتفاق الى شريطين
اوحزمتين يقربان للتوازي او متباعدين عن بعضهما تباعدا يسيرا فيحصل
من ذلك فوهة يمر منها حبل الاوعية المنوية الى الذكور والرباط المبروم فى الاناث
وتلك الفوهة هى السمكة بالحلقة الاربية والشريطان اللذان يحدانها هما
القائمتان وهذه الحلقة يضاوية او مثلثة واتجاه قطرها الكبير منحرف
من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية كاللياف صفاق العضلة المذكورة
وقاعدتها تجاور الخلو الفاصل بين الشوكة العانية والارتفاق وتنها الى
ليست دائما تامة الحدود تكون فى العادة مقطوعة بحزم عمودية على اتجاهها
ويذهب من النصف العلوى لدائر الحلقة زائدة صفاقية تحبب الحبل المنوى
فى الذكور والرباط المبروم فى الاناث واما القائمتان فاحدهما وحشية سفلى
والثانية انسية عليا فالوحشية تذهب حتى تثبت فى شوكة العانة وفى مقدم
الارتفاق وليست تلك القائمة الا الطرف الانسى للجزء المستقيم من القوس
المنغذى ولذلك اعتبر بعض المشرحين رباط جبرنات انه الجزء المنعطف من
القائمة الوحشية واما القائمة الانسية فهى اعرض من الوحشية وتذهب
حتى تتصل امام الارتفاق مع قائمة الجهة المقابلة له او ايس بنادر ان تشاهد

بعض الياف من القائمة الانسية الجني تتصلب مع الياف من القائمة الوحشية

البشري

واما سير القناة الاربية فقد علمت ان الحلقة الاربية هي القوهة المقدمة
او الجلدية لمسير قناة منحرفة كأنها محفورة في سلك الحافة السفلى للجدار المقدم
من البطن في محاذ القوس الغدّي ويمر منها ما تقدم ذكره وسمى المتأخرون
هذا المسير بالقناة الاربية وطولها يختلف بحسب السن حتى تكون في الكبار
من قيراط ونصف الى قيراطين ونصف واتجاهها منحرف من اعلى الى اسفل
ومن الوحشية الى الانسية ومن الخلف الى الامام ومسير القناة الاربية متكون
بالذات من الميزاب الحاصل من انعطاف صفاق العضلة الكبيرة المنحرفة فالحافة
الخطية لذلك الميزاب تتصل بالصفاق المستعرض وحافته المقدمة تتصل بصفاق
المنحرفة الوحشية نفسها فيصح ان يعتبر لهذه القناة جدار سفلى مقعر مكون
من ميزاب الانعطاف وجدار مقدم مكون من صفاق المنحرفة الكبيرة
وجدار خلفي مكون من الصفاق المستعرض السابق ذكره وليس لها جدار علوي
او نقول ان هذا الجدار العلوي قائم من الحوائى السفلى للعضلات الصغيرة
المنحرفة والمستعرضة المالى ذلك لميزاب القوس المجهز لها من الوحشية
اندغامات كثيرة وهذه الحوائى للقناة منفصلة من الانسية عن الميزاب بالحبل
المزوى في الذكور وبالرباط المبروم في الاناث ويفرض ان هذه القناة مغطاة
بزائدة قنوية من الصفاق المستعرض

واما القوهة البريتونية للقناة الاربية فهي اقل تحديدا من القوهة الجلدية
او نقول انها لا توجد في الحقيقة الا من الانسية حيث تشاهد حافة ليفية مقعرة
تشبه الحافة المقعرة لرباط جبرنات وهي مكونة من الصفاق المستعرض وهذه
الحافة هي التي يحصل فيها احيانا اختناق المعافى الفتق الاربي والقوهة
البريتونية مكونة من البريتون ويسكن الشريان الشراسيني في الجانب الانسى لها
ثم ان هذه القناة الاربية هي التي تنزل منها الخصية التي تكون اولافى البطن وفيها
يحصل الفتق الاربي الذي كلامنا فيه غير ان انواع الفتق الاربي لا تتبع كلها

جميع طول القناة فان منها ما يدخل فيها من محل آخر غير فوهتها العليا وذلك
 لانه يوجد انسى القوهه العليا للقناة واسفلها مسافة مثله محدودة من
 الوجشسية بالشريان الشراسيقي ومن الانسسية بالجزء السفلى من العضلة
 المستقيمة ومن الاسفل بالجزء الانسى للقوس الفخذى وتلك المسافة مسندة
 على الجدار الخلقى للقناة الاربية ومحاذية لفوهة الحلقة وقد يتفق ان الياف
 العضلة المستعرضة والصغيرة المنحرفة تفصل عن بعضها وتدخل فيما بينها
 الاحشاء وتخرج من الحلقة الاربية بدون ان تحتاز جزأها العلوى فلذلك كان
 للفتق الاربى نوعان رئيسان احدهما وهو اكثر حصولا من الثانى يسمى
 بالمنحرف لانه يتبع الاتجاه المنحرف للقناة وبالوحشى لان عنق الفتق يكون
 موضوعا وحشى الشريان الشراسيقي وثانىهما نادرا الحصول ويسمى بالمستقيم
 لانه يخرج باستقامة من الخلف الى الامام من تفرق الياف العضلة المنحرفة
 الصغيرة والمستعرضة والحلقة الاربية وبالنسبة لان عنق الكيس الفتقى المغلف
 للفتق يكون موضوعا انسى الشريان الشراسيقي
 والاعضاء التى تدخل بالاكثر فى تركيب الفتق الاربى هى فى الكثرة على الترتيب
 الآتى اثرب والمعا الدقيق والاعور والجزء النازل من قولون والمثانة والرحم
 واربطتها والمبيض ويندرج دنان قولون المستعرض واندرو من ذلك المعدة
 فلهذا الفتق انواع

النوع الاول

الفتق الاربى الوحشى الخلقى

اول من شرح هذا النوع الخلقى هنتير وان كان شوهه قبله ولكن ظنوا انه ناسئ
 من تمزق الكيس الذى يسمح للاحشاء بان تذهب حتى تسكن فى الغشاء الغمدى
 للخصية وذلك احد صفات هذا النوع من الفتق وان الاحشاء المكونة له بدل
 ان تكون محبوبة فى كيس فتقى تكون فى ذلك الغشاء المصلى للخصية ويشاهد
 هذا غالبا فى الصغار وكيفية حصوله هو ان الخصيتين فى خروجهما من بطن
 الجنين لينفذ فى الحلقة الاربية يدفعان معهما البريتون فيخدم غلافا لهما

يكون اولا جزئيا ثم عاما ثم ينسد من اعلى العضوية تكون منه بتلك الكيفية
كيس لا فتحة له ولا يتصل بالبطن فلو اتفق انه لم ينسد بل بقي كما كان في الاصل
خالصا مفتوحا جاز أن تدخل فيه عروة معوية اوجزء من الترب فيحصل من
ذلك ما يسمى بالفتق الاربي الخلقى ويكون المعافيه ملاصقا للخصية بل احيانا
يلتصق بها وقد لا ينزل ذلك الفتق الا بعد الولادة بزمن طويل لان هناك
اشخاص لا ينقطع فيهم الاتصال الحاصل بين البريتون والغشاء الغمدى
انقطاعا كليا وحيانا اخر يحصل الانضمام والاتصاق بين الخصية والمعا
في البطن وهذا شئ عظيم الاعتبار فتارة يمنع ذلك تكون الفتق بان تبقى الخصية
في البطن وتارة يلزم اعتبارها سببا مولدا لهذا العارض بان تقهر الاحشاء
على ان تتبع الخصية اذالم يكن هناك ما يمنع خروجها والفتق الخلقية
تصل غالبا بالقرص من اسرع من وصول الاعتدالية الغير الخلقية لان الاجزاء
تتبع الخصية التي تصل للصفن سريعا اذالم يقف سيرها وتكون تلك الفتوق
اولا اسطوانية وتحتوى غالبا بل دائما على كمية كثيرة من مصل صاف وتستولى
على الخصية في كتلتها ويكون ردها سهل ومع ذلك هذه الصفات ليست قطعية
بحيث تميز بها الفتوق الخلقية عن غيرها واذا طال مدتھا صارت تلك الصفات
شبيهة بصفات الفتوق التي تظهر بعد الولادة بحيث ان هذا التمييز الذى هو من
اصله قليل الاهتمام بصير غير ممكن

وهناك نوع من الفتق الخلقى الاربى شرحه اولا دبويتون ويكون مدة كون
الخصيتين محويتين في القناة الاربية او محسوكتين حين مرورهما في الحافة
الاربية من المعلوم في هذه الحالة ان الغشاء المصلى المتعدد بالمصل البطنى الذى
تراكم فيه بسبب وضعه المائل يمكن ان يمتد امام العضوية تكون منه في الخارج
جيب تنزل فيه الاحشاء البطنية وتشخيص هذا النوع من الفتق يكون
في الغالب عسرا حتى ان دبويتون شاهد فيه الغلط مرات عديدة وذلك لان الورم
المكون له يكون مركبا من اجزاء شفاقة واجزاء معتمة ومن اجزاء سائلة واجزاء
صلبة وحيثنا ظن انه قيلة مائية بسيطة وحيثنا ظن انه ليس مكونا لامن

الخصية

الخصية واحيانا انه مجرد فتق معوى فقط مع ان فيه جميع الاجزاء المركبة له
وهي صفاته التي يعرف بها فالورم المتكون منه الموضوع دائما في فتحة
الحلقة يكون واسعا مفرطعا غير مستو وفي قته توجد الشفافية والتموج
الحاصلين من وجود المادة المصلية البطنية في باطنه فاول نتيجة تحصل من
الضغط الذي يفعل فيه لا دخاله هي ان يدخل في البطن جميع السائل المحتوى
عليه بدون ان يسمع منه لغط ويعرف حينئذ وجود جزء ذي قوام لم يلبث قليلا
حتى يدخل ايضا اذا دووم على فعل الحركات العنيفة للرد لكن اذا دخل يسمع
منه قرقرة فهذا الجزء هو المعاو اذا دخل هذا بقي في الحلقة ورم مستدير رخو
غير قابل للرد يعرف انه الخصية بقوامه وحساسيته الشديدة اى كثرة
ايلامه بالضغط

والعوارض التي ينتجها عظيمة الاعتبار وذلك اولا لانه اذا ترك ونفسه حصل
للاطفال اذا طالت الرياضة بهم آلام قولنجية وغثيان وفيه ولا يتقطع ذلك
الا اذا رد الورم في البطن وثانيا لان وجود الخصية في الحلقة يصير فعل الحزام
الفتق وغيره من الوسائل المستدامة غير مطاق فيضطر غالبا لحفظ الطفل
الصغير في سكون تام ثم ان الداء والعوارض التي يسببها تنقطع عادة متى قذت
الخصية من الحلقة ورسبت في قعر الصفن لان الغشاء الغمدى يتفصل بنفسه
حينئذ من البريتون وان القناة التي هي وصلة بينهما تنسد ما بوضع الرباط الذي
تقدو المرضى على تحمله او بواسطة الحمامات الباردة او الحرايق الوقية التي
تجعت مرات كثيرة مع دويترن ففي بعض الاشخاص اذا ترك الداء ونفسه
تبع الاحشاء الخصية فيكون فتق خلقي من النوع الاول وفي بعض اخر
لا يخرج الخصية من الحلقة فتبقى العوارض التي ذكرناها وقد فعل دويترن
عملية فتق محتق من هذا النوع لشاب عمره سبع عشرة سنة واحيايا يشاهد
من جانب واحد فتق اربي اعتيادي وفتق اربي خلقي

التغير الذي يحصل في الفتوق الاربية الوحشية * الفتوق الاربية الوحشية
خلقية كانت او غيرها فباله لان نصير مجلسا لتغيرات كثيرة في الاتجاه وغيره

مما يعتري الفتوق عموما ولها ايضا تغيرات مخصوصة وذلك بان يتغير شكلها
كلما اخذت في التقدم فعتقها يتسع حتى يصير احياانا اعرض من قاعدة الورم
فعند ذلك يقعد انحرافها واذا ردت كان دخولها باستقامة من الامام الى الخلف
فتتسع الحلقة الاربية حيثئذ ويعرف من خلف الجلد انها متصل باستقامة
من الامام الى الخلف بالتجويف البطني ويظهر ان القناة الاربية انمحت بالكلية
ويعرف سبب ذلك من علم التشريح

النوع الثاني الفتق الاربى الانسى

هو يحصل باستقامة من الخلف الى الامام نافذا من محل تفرق الياف العضلة
المستعرضة والصغيرة المتحرفة ومن القناة الاربية وصفات هذا الفتق هو انه
على شكل ورم مستدير كرى غير اسطوانى كالفتق الوحشى ويكون محله انسى
محل الوحشى وكانه يرفع في خروجه القائمة الانسية للحلقة ولا يتجه نحو الجزء
السفلى من الصفن ويسهل رجوعه في جميع ازمته تكونه بضغط بفعل من الامام
الى الخلف وبعد رجوعه يستشعر بان الفتحة التى خرج منها الى الخارج متصل
باستقامة من الامام الى الخلف بتجويف البطن ويكون موضوعا انسى الحبيلى
المزوى الذى يسهل وجوده في جهته الوحشية ويمكن بواسطة شكله الذى
لم يتغير ان يعرف من وراء الجلد فهذه هي الصفات الغالبة لهذا الفتق الانسى
لكن اذا عتق اكتسب حجما كبيرا ونزل لقعر الصفن فيه مسرعا بل يتعذر تمييزه
عن الفتوق الوحشية التى لها عنيق واسع جدا

والفتوق التى تعرض للاطفال في اخفض الاعمار ليست كلها خلقية فقد شاهد
لورنس عروس فتق اربى اعتيادى لطفل عمره اربعة عشر شهرا واختفى فيه
ولا حاجة لان نذكر هنا الصفات التشريحية لهذه الفتوق الاربية الخلقية لانها
مذكورة في الكتب المخصوصة بهذا الموضوع كما ذكر فيها ايضا تشخيصها
وتمييزها عن غيرها من الاورام ومضاعفاتها بتغيرها وانذاراتها بما قول
في العلاج ان رد هذا الفتق بعمل بالطريقة المعروفة فالمرضى يستلقى اقويا

على الظهر وحوضه مرتفع قليلا عن بقية الجذع وجدران بطنه مسترخية
 بانثناء الصدر والفتحين على البطن والجراح يأتي من الجانب المحاذي للورم
 وفي بعض الاحوال يستحسن امر اليد التي يلزم ان تعانق قاعدة الفتق من
 تحت نخذ الجانب المحاذي له ثم يفعل حركات الرد بانحراف من الانسية الى
 الوحشية ومن الاسفل الى الاعلى اذا كان الفتق وحشيا منحرفا اما اذا كان انسيا
 او وحشيا ~~ال~~كن متسع العنق جدا فانه يدفع الحشام من الاسفل الى الاعلى
 وباستقامة من الامام الى الخلف ثم في الاطفال الصغار جدا تحفظ الاعضاء
 عن الخروج بانينا بكرة مكببة من خرق او برقادة مثنية ثنيات من دوجة كثيرة
 ويحفظ ذلك برباط يسمى رباط الاربية وهو على شكل ثمانية بالرقم العربي القديم
 اي حلقتان متلاصقتان ويفعل هذا الرباط بشرط طويل تكون متصالباته
 على مقدم الاربية واما حلقاته فتعانق واحدة اعلى الفتق المحاذي والثانية
 الجذع معانقة اقبية في محاذاة الحرقطين اما في السن الذي فوق الطفولية
 الاولى فتحفظ الاعضاء بمحزام فتق وذلك لان الصغار جدا لا يتحملون ضغط هذا
 المحزام وانما المناسب لهم الرباط الضاغط يسيرا ويغير لهم زماما مناسخا واما
 من تهيج الجلد من محل تبقى فيه قذارة المواد النقلية دائما اما اذا تحمل الطفل ذلك
 بان تقدم في السن فان الرباط المستدام يناسبه ويلزم في جميع الاحوال ان
 لا يفعل الضغط على الحلقة قبل ان يتحقق ان الخصية في الصفن وقبل ان يندفع
 في البطن السائل الذي قد يحتوي عليه الكيس احيانا فاذا التهاب الكيس
 وذلك يتحقق بانفخاخه وبالالم الذي يصير مجلسه لزم مقاومة هذه العوارض
 بوضع بعض علق وضادات وحامات

وربما استنتج مما قلناه في تكوين الفتق الاربى الذي يسببه كاهو واضح نزول
 الخصية في الصفن ان الفتق الاربى انطلق لا يشاهد الا في الصبيان الصغار مع انه
 شوهد في البنات الصغار ايضا ويقال ان ذلك ينشأ من من مشابهاة حوض
 الاناث لحوض الذكور في الطفولية ومن خواص هذه الفتوق فيمن انها كثيرا
 ما تزول بنفسها في زمن البلوغ بحيث تكون الفتوق الاربية والفتحية متساوية

الكثرة مدة الطفولية في الذكور والاناث اما من زمن البلوغ فان الفتوق الاربية
تكثر في الذكور والفخذية في الاناث وبالجملة فالفتوق الاربية الخلقية شوهت
في البنات الصغار وقد شاهد بيليارد مثالا من ذلك سنه كره على الاثر ونجعله
نوعا ثالثا

النوع الثالث

فتق اربي خلقي مكون من المبيض

طفل انثى عمره سبعة عشر يوما دخل المارستان في الثاني عشر من سبتمبر وكان
قويا ويظهر كأن من اجه جيد وكان في بطنه بعض تورم معه في القسم اربي
الايسر ورم مستدير في حجم بندقة صلب الملمس قليلا لا يمكن دخوله في البطن
باليد ولا ينقص بالضغط ولا يزيد بالصباح ومتعبه بانحراف نحو الشفر الكبير
الذي من جهته لكنه لم يصل اليه فاذا اعتبرنا موضع هذا الورم كان الغالب
على الظن انه مكون من فتق اربي خلقي ~~لا~~ يمكن يمنع ذلك كون الطفل انثى
فبقينا في الشك حتى ان الطفل مات في اليوم السادس والعشرين بسبب التهاب
رئوي فبالتشريح تبين لنا الوقوف على طبيعة الورم وسببه فرأينا في الجثة
بعض هزال من الظاهر ووجد احتقان واضح في القصة المعوية والتهاب
خفيف في اجربة المعاء الغليظ وتكبد واضح في الرئة اليمنى في فصها السفلي
وحافتها الخلفية ووجد الورم الفتقي مكونا من المبيض الايسر حيث نزل من
القناة والحلقة الاربيتين اللتين كانتا اوسع من عادتتهما في البنات الصغار والرحم
لما انجذبت برباطها المستدير وبالمبيض المنفتق زاعت عن وضعها الطبيعي
وانحنت نحو الجانب الايسر للمثانة واما الكلية اليسرى فبدل ان تكون
في مسطح واحد مع كلية الجانب الاخر انجذبت الى الاسفل بالمسحوق انخلوى
الحيطيم او بنية من البريتون الذي كان من التوايج الخاصة لقوة الكيس
ووجد الشريان والوريد الكلويان منقادين لهذا الجذب فكانا مستطيلين
وضيقين ايضا وكان في المبيض وصيوان البوق بعض احمرار وانتفاخ وكانا
تساكين في قعر الكيس المكون من استطالة البريتون ولم يكن فيه تلافيف

معوية ملتصقة بالاجزاء القريبة لها ووجه مبيض الجهة الاخرى في وضعه
 الاعتيادي ولما بحث باتباعه في الرباط المستدير للرحم في الجهة التي يوجد فيها
 الفتق وجد اقصر جدا من الجهة المقابلة له وانه ينتهي في سمك الشفر الكبير
 برائدة صفاقية لانه يبقى بخيوط دقيقة كما يشاهد ذلك في العادة بحيث يظهر
 ان هذا الرباط الذي هو اقصر واقوى تبتا في الاشفاار الكبيرة مما يشاهد غالبا
 سبب اولاً وزعان الرحم وتبع ذلك انجذاب المبيض حتى تفد من الحلقة الاربية
 فاذا نتج من هذا الالتصاق للمعيب ان جميع الاجزاء التي هي قابلة للانسباط
 والتحرل من الجانب الايسر للبطن وفيها ارتباطات انصالية اوجملورية مع
 الاجزاء المنفتحة انجذبت هي ايضا للجانب القلق لانها لم تقدر ان تبتا عن
 بعضها لولا ان تتبع حركة اتساع البطن مدة نمو الطفل في الرحم وسيا في بعض
 شئ في ذلك عندما تكلم على امراض اعضاء التناسل

تنسمة في انواع اخر من الفتق قد قلنا ان هنالك فتوقاخر بطنية تنج من عدم
 كمال نمو جدران هذا التجويف وتشاهد تلك الفتوق بالاكثري في السرة
 وعلى الخط المتوسط للبطن فجلد السرة قد يفقد احيانا وقاعدة الحبل فقط هي
 التي يتكون منها ظاهر الكيس الحاوي للامعاء الخارجة من فوهة موضوعة
 في السرة وكثيرا ما يتفق ان تكون الغلالة وقيقة بحيث يشاهد من منسوجها
 الامعاء المنفتحة واتفق ان الطبيب هيه في حالة شبيهة بذلك استعمل لشفاء
 هذا التشوه بواسطة الاتية وهي انه ادخل الامعاء وسلم لمساعد التباة لضغط
 الحبل قرب البطن لمنع رجوع الامعاء للكيس الفتقي حال واخترت الدياخلون
 وقطعته قطعاً مستديرة ووضعت احدها فوق الاخرى حتى صارت على هيئة
 مخروط ووضعت هذه المخذة على السرة بعد ان جمعت حافتي الفوهة لبعضهما
 حتى تلامستا وجعلت احدى الشفتين متقدمة قليلا على الاخرى ثم وضعت
 رباط بدن من قماش حول بطن الطفل ووضعت على السرة وسادة مستديرة بسمكة
 فيها بعض انخفاض يسير فالرباط يمنع جيذا احشاء البطن عن الخروج وكان
 يغير زنا فز منا وبعد الولادة بنحو ثمانية ايام انفصل الحبل السري وبعد خمسة

عشر يوما ضاقت الحلقة بحيث يصح ان يزال الجهاز بدون ان يخاف اندفاع
الاحشاء وصبر ورتهاقتا ومع ذلك رأيت ان الاحسن دوام استعمال الرباط
رغمنا

وقد يتفق ان يحصل من النقص العظيم في التكون لجدران البطن تغيير عظيم لمحال
الاحشاء المحوية في هذا التجويف فقد ذكر في جرنال طبي مشاهدة لامرأة
ولدت بسهولة طفلا واحشاؤه تجاوزت الخلة بحيث بلغت التخزين وخرجت
المساير بقا كلها مع الامعاء من فتحة مستديرة عرضها قيراط ونصف تقريبا
موضوعة في القسم السرى بعيدة عن السرة بخطين وصغر هذه القووة والجم
العظيم الحاصل من الالتصاخ في المعاء والمعدة منضمات لك للضعف الذي فيه
الطفل جميع ذلك يمنع ممارسة واسطة من وسائل الرد وكان الطفل لا يسقي الا الماء
السكرى والنبذ مع ان الامعاء كانت كأنها محتقة في هذه القووة الصغيرة
والسائل ليس هناك ما يمنع الوصول للمستقيم لان الطفل بعد ان تبرز العقي
يعض ساعات خرج منه اصناف اخر من مواد سائلة يقرب لونها من لون التبيذ
ثم مات الطفل بعد ساعتين فبحث في اليوم التالي في هيئة الاعضاء التي خرجت
من القووة المذكورة وسقطت على نخذه فعرف ان المعدة كلها والامعاء الدقاق
وتولون الذي طرفه المتصل بالمستقيم متر من تلك القووة ليدخل في البطن
والمساير بقا والكلية اليسرى والمحفظة فوق الكلية التي من هذا الجانب والطحال
جميع هذه الاحشاء كانت موضوعة خارج الخلة وليست محاطة بغشاء اصلا
واما البريتون والترب فقد ايا الكلية ولم يبق في تجويف الخلة الا الكبد التي كانت
عظيمة جدا وكانت الكلية اليمنى شاغلة لموضعها الطبيعي وكان الحالب الايسر
اطول جدا من الايمن وليس هناك باقرياس واطن انه يمكن ان يهرب في مثل
هذه الحالة ان توسع قووة البطن السفلى يسيرا وتدخل الاحشاء الخارجة
مع الاحتراس ويقرب للعقل انه يستعان على انسداد هذه القووة بوضع رباط
ضاغط ذي وسادة

وهذا محمل الكلام على الاورام العارضية الحماوية لبقايا جنين اخروشود

ظهورها

ظهورها احيانا في محال مختلفة من التجويف البطني وذكرنا للامثله التي
شوهدت من ذلك يخرجنا عن حد الاختصار الذي التزمناه في هذا الكتاب
فلتراجع في المطولات

الفصل الثالث

في سقوط المستقيم

سقوط المستقيم يقوم من انفصال الغشاء الباطني لهذا المعافن حيث ان هذا
الغشاء رخو وغير ملتصق بغشاء آخر وانما يلتصق بنسيج خلوي متخلخل جدا
كان نزوله وبروزه الى الخارج سهلا فيكون منه على الشرج حوية سمكة جرداء
واحيانا مدمة متى استدعى سبب من الاسباب خروجه الى الخارج وقد ذكرنا
ان لسقوط المستقيم نوعين احدهما ان يسكن الورم متكونا من المستقيم
نفسه والثاني ان يكون المنقلب هو قولون فيتعمد بالمستقيم ويخرج من
الشرج

فاما النوع الاول فهو ان يصير المستقيم كاضبع مقلوب من اصابع التفاز ويخرج
من الشرج على هيئة ورم عظيم لكن لا يخرج المعافن لان هذا المستقيم متين
الانضمام بالاجزاء المجاورة بحيث يصح ان يقال انه لا يمكن انقلاب جميعه
والورم لا يكون الا من الغشاء المخاطي الذي يطول ويسترخي ويترك
الاعشيه الاخر المعوية ويخرج للخارج بانثائه على نفسه والذي يدل على انه
مكون من هذا الغشاء فقط نجحاح عملية ازالة هذا الورم بالآلات القاطعة
او اتلافه بالسكي بالحديد المحمي وشفافه بالغفرينا التي قد تستولي عليه احيانا
وهذا الورم الحاصل من الغشاء المخاطي المستقيمي الخارج من الشرج يحصل
بطي فلا يظهر الا الا عند قضاء الحاجة ويندر في هؤلاء الاطفال ان يزيد عن
قيراطين خارج الشرج ولا يسبقه الم موضعي في البطن ويكون على شكل
حوية حول الشرج يختلف ممكها وتكون واسعة مستديرة من الاسفل
ومحدودة من الاعلى بدائرة الشرج المتصلة بها وفي وسط طرفها الخالص فتحة
منضغطة يخرج المواد الثقيلة منها وتلك الحوية درنية محاطة بثنيات ومجرة

وخوة او متوترة دبقمة دمة قليلة الالم فلو اتفق خروج باسور باطنى الى الخارج
وجذب معه الغشاء المخاطى للمستقيم او ان هذا الغشاء استرخى واستطال
فى جزء تام من دائرة المعاء وخرج من الشرج لكان هذا الورم على هيئة كثرية
المناس صلبا يحمله عنيق يختلف فى الاتساع ملتصق بهذا المعاء ويبعد قليلا
عن الشرج غالباً ويكون خالصاً فى الجهة المقابلة

وسقوط غشاء المستقيم كثير فى الاطفال وخصوصاً الذين اصيبوا بقوايج
او ديدان او حصى فى المثانة او غير ذلك ويصبحون على الدوام يفعلون حركات
عنيفة واسبابه الغالبة فى هؤلاء الاطفال هى كثرة صياحهم وسببها
اذا كانوا ضعافاً وكذا اذا حصل امساك شديد لهم ثم اسهال فجاءى لقدر
عظيم من المادة الثقيلة التى خيما تيس وريما حصل من افراط الاسهال بسبب
استعمال دواء مسهل واما قول اندروود ان هذا الداء يكون عرضاً لوجود
ديدان او حصوات فى الامعاء فغير قوى لانه ليس هنالك نسبة خاصة بين تلك
الامراض والمرض للذى نحن بصدده فليست هذه اصلاله دائماً ولا هو عرض
لها نعم قالوا انه يكبر فى البالغين المصابين بمحصى المثانة او البواسير او التئى
والزحير او احتباس البول او نحو ذلك

فاذا كان هذا الداء جديداً او صغير الحجم كان الحاصل منه بعض ثقل لا كثيراً
ولا يؤثر فى الصحة شيئاً فالغشاء فى هذه الدرجة لا يخرج الا عند قضاء الحاجة
ومتى انتطعت الافعال العنيفة اللازمة لاجراج الثقل دخل بنفسه او اذلتقى
فى الخارج كنى لادخاله ادنى ضغط بالاصابع بل ربما فعل الطفل ذلك بنفسه
لما اذترك الداء ونفسه فانه يزيد تدريجاً ويعظم حتى يعسر رده واذا دخل
ولم يحفظ بحفاظ مانع له عن الخروج خرج ثانياً لمن ادنى حركة فى هذه الحالة
يكون الداء ثقيلاً وبصير خروج المواد مؤلماً والجلوس على المقعدة شاقاً والمشي
متعباً ومع ذلك يمكن ان يعيش الطفل بذلك زمناً طويلاً متى امكن ادخله
بعد قضاء الحاجة ثم حفظه بحفاظ واما اذ اتقى الورم فى الخارج دائماً فان
الغشاء المخاطى يكون معرضاً للتأثير الهوائى والاحتكاك فيزيد حجمه ويصير

فطريا ويتقرح فينقذ منه الدم والصديد ويصير غير قابل للرد فتغير صحة المريض شيئا فشيئا ويفسد الهضم ويسقط الطفل في الضعف ويهلك من كثرة النزف وقد شاهد بنخير طفلا عمره ثمان سنين اصيب بالانقلاب المستقيم مدة ستة اشهر وتعذر رده وصار ينزف منه الدم على الدوام بدون تألم ومات هذا الطفل بحمى بطيئة وذبول ولذا كان من اللازم كلما تقدم الطفل في السن ان تلاحظ اللحظة التي يذهب فيها القضاء الحاجة لتحفظ بالاصابع دائرة شرحه مدة فعله الافعال العنيفة للتبرز وتظن ان مما يقع بعض نفع المسحوقات العطرية والغسلات القابضة منضجة لتلك الوسائط الميخانكية المناسب استعمالها في مثل هذه الحالة لحفظ المستقيم هذا وقد يصير سقوط المستقيم خطرا بل قتالا بسبب اختناق الورم ووقوعه في الغنغرينا بعد ذلك مع ان هذا العارض ليس دائما غما قد يكون نافعا ومعينا على الشفاء

وهذا الداء يسهل شفاؤه في الاطفال اذ لم يكن كبيرا ولا قدما بخلافه في الكبار البالغين فان شفاءه عسير ولا سيما اذا كان معهم بواسير ويختلف وسائط علاجه باختلاف كون الداء جديدا او عتيقا وبسيطا او مضاعفا فاذا كان جديدا ولا يخرج الغشاء المخاطي الى الخارج الا عند قضاء الحاجة وكان يرجع بعد ذلك بنفسه او باد في كبس انتصر على استعمال الاستحمامات المقعدة الباردة والكبادات والحقن بالماء الحديدي ومطبوخ الورد وجدور عرق الانجيار وقشور الرمان ونحو ذلك ويضم معها النيذ الاحمر فاذا لم يدخل الورم من ذاته بعد قضاء الحاجة لزم الاجتهاد في سرعة ادخاله حسب الامكان حتى لا يترك الغشاء معرضا لفعل العضلة العاصرة وتأثير الهواء وذلك الادخال سهل اذا كان الانقلاب جديدا ولم يتكون منه الاحوية بدون بواسير وبدون التهاب ويفعل بالكيفية الاتية وهي ان يقف المريض ويميل نفسه الى الامام ويسند بطنه على جانب سريره ويقرب اليه لبعضهما والجراح يضع على الورم خرقة رفيعة مدهونة بالقيروطى اى المرهم الابيض ثم يغمس السبابة والخرقة في المعاء فاذا دخل الورم اخرج اصبعه حافظا الشرج باصابع يده الاخرى

ثم يجذب الحرقه ليخرجها فاذا لم تنجح هذه الكيفية دفع المعام من الاسفل الى الاعلى وقليلًا من الامام الى الخلف بحركات نصف استدارية من اليمين الى اليسار فاذا كان الورم مستطيلاً على هيئة اسطوانة كان الرد عسراً خصوصاً في الاطفال الذين يصحون ويقبضون الشرج فيقتذيكمد الورم بالنيذ الفاتر او بالماء والزيت اذا كان جافاً ثم يكبس باستدارة من قرب الغشاء المحلل للمعا الخارج ويدفع في البطن شيئاً بالاصابع ويحفظ الداخل عن الخروج باصابع اليد الاخرى وقد لا يصل الطيب لادخاله الا بعد بعض ساعات وبعد اضطجاع المريض على جنبه ورفع حوضه ووضع رفاً ثم مدة بقاء فاتر على الشرج

فاذا كان الداء قديماً والورم كبيراً كان الغالب خروجه بعد دخوله بزمن ما فيقتذ يضطر لحفظه برباط مناسب والاخرج بالمشى والروح والمجيء والعطاس وادنى الحركات وقد اخترعوا اربطة كثيرة لحفظه انسيبها هو الذي نقطته الثابتة تكون على المنكبين فيكون بذلك امكن واقل تغيراً وهو مركب اولاً من حالتين مرتبتين كالمستعملتين لشراويل الاوربين الا ان في طرفيهما المقدم والخلقي ابريم وثانياً من وسادة يضاوية فيها بعض لين محدبة من الوجه المخاذي للشرج ومقعرة من الجهة المقابلة او يؤخذ بدل ذلك قطعة علاج بهذا الشكل منقوبة بثقوب كثيرة ليخرج منها الريح وثالثاً من سيرين من جلد او شربطين احدهما بسيط مثبت في الطرف الخلقي للوسادة او قطعة العلاج والاخر مزدوج مرتبط بطرفها المقدم فالشريط الخلقي يصعد من خاف الحوض ويذهب حتى يثبت في الطرف الخلقي للعمالتين بواسطة الابريم الذي يوجد فيه وقطعتا الشريط المقدم بعد ان يمر على الجانب الانسي للفتحين ينضممان من الامام نحو وسط البطن الى شريط واحد يرتبط في الابريم الموضوع في الطرف المقدم للعمالتين وبذلك الرباط يسهل على المريض المشى ويمكنه ان يشده او يرخيه بالارادة وينبغي ان تكون السيور الى الشريطة كالحلالت مرنة حتى يمكن استطالتها وقصرها لتوافق الحركات المختلفة للمريض وهذا الرباط يمكن

وضعه على الجلد مباشرة اوفوق القميص الا ان تعب يقل اذا كان موضوعا
على الجلد

فاذا لم يحفظ المستقيم الساقط بهذا الرباط جازان يلجأ بواسطة اخرى كالتي
استعملها بواير مع النجاح بل اتفق انهما اعانت على الشفاء وهى ان يدفع
في المخرج شريط غليظ من قطنك مدهون بالقزوطى وبعد دخوله يوضع على
الشرج سداة غليظة من قطنك يوضع عليها رفادة ويحفظ الكل برباط نائى
مزدوج وينبغى الالتباء لاختيار الاغذية حذرا من الامساك والاسهال
فاذا حصل امساك امر له زمنا فزمننا بالحقن وعند قضاء الحاجة يؤمر
بالوقوف ولا يترك المعاء في الخارج زمنا طويلا وان تستعمل الغسلات
الباردة فاذا امتنع نزول المعاء بالوسائط التى ذكرناها منع مرعاة الاحتراسات
المذكورة ايضا جازان بعيش المريض بذلك التشوه مع صحة جيدة اما اذا لم يمكن
حفظ المستقيم عن السقوط فان الحوية التى هى مكونة من الغشاء المخاطى
ويعلوها احياءا اورام باسورية تنفتح تدريجا فيصير هذا الغشاء فطر ياوتقح
فيسيل منه صديد ومصل حريف وكية عظيمة من الدم كما قلنا فاذا وصل الداء
الى هذه الدرجة وتركه ونفسه اوقع صحة الطفل في هبوط وفحول ولا يمكن
التحرر عن ذلك الا بشق الورم او كيه بالحديد المحمى فالشق يعمل بشرط
او مقرض منحن على نفسه فيزال جانب الحوية واحد ابعد الاخر بعد مسكهما
بكلاهما وان تنظف فيهما بواسطة ابرة عروية خيط مشمع ويجذبهما الجراح جهة
نفسه ويوقف النزيف الكثير الذى يحصل من هذه العملية بعملية السدا المعروفة
والخوف من هذا النزيف هو الذى يمنع الجراح من تعاطى هذه العملية غير ان
النجاح والشفاء ~~تكرر~~ في كثير من المشاهدات وذكر سبتيير شخصين مصابين
بهذا السقوط احدهما الزمه الداء بملازمة السرير مدة من ثمان سنين الى عشرة
والاخر كان يفقد كل يوم كمية من الدم من رطل الى رطل ونصف بحيث سقط
في سوء القنية وصارت حياته في خطر وشق كل منهما بالشق للحوية المكونة
من الغشاء المخاطى وقد فعل هذه العملية بواير مرات كثيرة مع النجاح ويمكن

انالة الشفاء بان يمر على جميع سطح الورم بالحديد المحمر بالنار ويكرر هذا الوضع
اي الكي زمنا فزمنا جملة مرات بينها مسافات حتى يتلف الورم كله وقد
اوصى بهذه الواسطة قدماء المؤلفين وذكروا انه شفى بها انسان مكث هذا الداء
معه عشرين سنة ولم تؤثر فيه الوسائط جوده حال وآخر شفى ايضا بوضع هذا
الكاوى اى الحديد المحمى على جميع سطح الورم سبع مرات او ثمان فى مدة ستة
اسباع بين ~~كل~~ مرتين خمسة ايام فنقص حجمه تدريجا وزال من الشخص
ما كان يجده من التعنى والتزيف وحصل اولا تقيج كثير ثم اخذ فى التناقص
فادخل فى الشرج قنيل سميك من تقنيك مدهون بالقيروطى فاحسذ المعاء
فى الضيق تدريجا والفتحت القروح وشفى المريض شفاء تاما فى مدة نحو شهرين
ولم يكن بعد ذلك معرضا لانتقال المستقيم عند قضاء الحاجة
ولا فى غيرها

والنوع الثانى من هذا الداء ليس سقوطا حقيقيا للمستقيم وانما يشترك معه
فى كونه وربما مجرا رخوا بارزا من الشرج ولكنه مكون من تغمد اللبائى
او قولون او ابتداء المستقيم وطبيعة هذه الافة بقيت مجهولة مدة طويلة واول
من تخيلها سفيار لما شاهد طول الورم حيث لا يمكن حصول ذلك من المستقيم
فظن ظنا قويا ان قولون بجروحه من الشرج كوت اعظم جزء من الورم وقد
تحقق راي سفيار بجمله من الامور الواقعية ولا سيما الامر الا فى ذلك ان طفلا
عمره ثلاث سنين ونصف شكى من مدة ثلاثة اشهر بالم فى البطن يعجبه احيا نا
فى روف السادس عشر من جوليت اصيب بانتقال عظيم للمستقيم عرف منه
الطبيب روبان انه سقوط فاجتهد فى رده فلم يمكن فنسب عدم النجاح لعظم حجم
الورم وصباح الطفل وحركاته العنيفة فوضع عليه خرقة لطيفة مبتلة بلبن فارتوبا
الخطامية وفى اليوم التالى اجتهد ايضا فى الرد فلم يقد فادخل اصبعه فاستشعر
باجسام غريبة غير اعتيادية كتولدات الحمية او مواد ثقيلة متراكمة وكان الذى
المستدام عرضا لازما مع انه لا يصعب فى العادة سقوط المستقيم فتودى بطراح
آخر مسك الورم الظاهر بيده وعامله بعنف لم يتجاسر روبان على مثله حتى ادخله

لكن

لكن لم يحصل للطفل من هذا الادخال سكون لان العوارض لم تزل مستدامة ولم يمكن ان يعطى له حقنة بسبب المقاومة التي معه في المستقيم اعلى الشرج ولم تكن نهاية اوجاعه الاموت في اليوم العشرين من الشهر ولما فقت جنته شوهه ان الاعور وقولون دخلا في تجويف الجزء العلوى من المستقيم فاخذت هذه الامعاء الثلاثة وبحث فيها مع الاتباء فشوهه مع غاية التمييز تغمد الاعور واعظم جزء من قولون في الطرف السفلى لهذا المعال اخيرا عني قولون وفي الجزء العلوى من المستقيم وابتدأ هذا التغمد بعيدا عن الشرج باكثر من احد عشر قيراطا وانتهى اعلى عن ذلك بخمسة قرايط اوستة ولم يكن جذب الجزء الذى تكون منه الادخال ولا اخراجه لكونه حصل فيه التصاق متين من الخارج فقط في محل الثنية وكان خالصا متموجا من الباطن

وتحرك الجزء الحرقفى من قولون وتثبت المستقيم يعينان على حصول هذا التغمد ولذلك يحصل دفعة من الحركات العنيفة للولادة او مدة عملية الحصة وسيما في الاطفال الذين صياحهم شديد وفي بعض الاحيان يحصل تدريجا في سير سحرى ديدانية او دو سطاريا او من سقطة على الالبطين او القطن والورم الذى ينتج من هذا التغمد يكون فيه طول بحيث لا يمكن ان يحصل مثله في انقلاب الغشاء المخاطى للمستقيم فقد كان طول الورم الساقط الذى ظنه سفيار مكونا من تغمد قولون قدما فرنساويا وفي حالة اخرى شوهه الورم كطول الساعد وفي غلط ساعدين منضين ببعضهما وكان المريض يدخله بنفسه مع السهولة اقول وقد شاهدت حالة من ذلك مع طفل عمره نحو عشر سنين تقريبا

وهذا الورم اسطوانى الشكل رخو احمر ترشح من سطحه مادة مخاطية بل دم ايضا ويوجد في طرفه السفلى فوهة مكرشة يمكن ادخال الاصبع فيها وطرفه العلوى اى قاعدته التى تختلف في السعة ليس لها اتصال بدائرة الشرج كما في انقلاب الغشاء المخاطى المستقيمى وانما هى مجاورة لها فقط بحيث يمكن ان يمر ميل محفوف بل الاصبع ايضا بين دائرة الورم والمستقيم وتلك الحالة

بأنضمامها لكيفية تكون الورم ولطوله تنفع لتمييز تغمد قولون في المستقيم
عن انقلاب الغشاء المخاطي المستقيمي ومع ذلك كثيرا ما يسبق ويصحب انقلاب
قولون في المستقيم وخروجه خارج الشرج عوارض لا تحصل في مجرد انقلاب
الغشاء المستقيمي وتلك العوارض هي الآلام القولنجية والغثيان والقيء
والتعني والزحيز وعسر التبرز والتبول

واعراض هذا الداء واخطاره تختلف بحسب السرعة التي تكون بها الورم
فاذا تكون تدريجيا لم يحصل منه الا تعب عند التبرز والتبول والورم يخرج
ويدخل بسهولة والمريض يمكن ان يعيش زمنا طويلا مع هذا الثقل فاذا تكون
خارج الشرج بسرعة مع طوله نحو قدم مثلا عقب سقطة على الاليتين او البطن
او مدة حركة عنيفة فان اعراض الاختناق تعرض سريعا ويحصل الموت بعد
بعض ايام مع غثريتنا المعاء المتغمد او مع عدمها ويظهر ان غثريتنا المعاء
يحصل منها الموت دائما ومع ذلك يمكن في بعض الاحوال كما شوهد ايضا
في التغميدات الباطنة ان يفصل الجزء المتغمر من المعاء ولا يتقطع اتصال
القناة المعوية وترجع للمريض صحته وفي بعض الاحوال لا ينزل الورم الى
خارج الشرج وانما يميز بوضع الاصبع في المستقيم والذي يحوج لهذا البحث
احساس المريض بثقل في هذا التسم وحصول عسر له عند التبرز

والوسائط التي تستعمل لهذا التغمد تختلف باختلاف كونه تكون
يطلق او دفعة ففي الحالة الاولى يدفع الورم في المستقيم في اعماق ما يمكن ويمكن
ان يجتهد بواسطة الحقن والصب الصاعد في تصيير هذا الرداكل ويؤمر
المريض بملازمة الوضع الافقي وان يضطجع على السرير بحيث يكون صدره
اقل ارتفاعا من حوضه ويمكن حفظ المعاء داخل بشرط طويل من تقنين
واسطوانة من صمغ هندي يدفع ذلك في المستقيم ويؤمر له بتدبير غذائي لا يوقع
في امساك ولا في اسهال فاذا حصل التغمد فجأة لزم ان يجتهد ايضا في الادخال
ما لم يمنع من ذلك التهاب الاجزاء الخارجة والاضطرار لقصد الذراع ووضع العلق
على الشرج والدهانات والكبادات المرخية والمسكنة للآلام ونحو ذلك

ثم بعد ذلك يجتهد في دفع الورم بالعمل باليد والوضع المناسب فاذا اختنق الورم في دائرة الشرج ولم تكف الوسائط التي ذكرناها لقطع هذا الاختناق وبقيت الاعراض شق جانب الشرج بشرط ثم يفعل الرد غير ان هذا الرد قد يكون في كثير من الاحوال غير تام فيندفع الورم الخارج في المستقيم ولكن يبقى التغمد موجودا من الباطن بجميع اعراض الاختناق التي قد يموت منها المريض

الباب الثامن

في امراض الجهاز التنفسي

يدخل في هذا الجهاز التنفسي الحفرة الانفية والحنجرة والقصبية الرئوية والريشان
فلنقسم هذا الباب الى ثلاثة اقسام

القسم الاول

في امراض الانف والحفرة الانفية

ربما استقرب وضعنا هنا الحفرة الانفية في اعضاء الجهاز التنفسي فان الانف والحفرة الانفية انما هي توابيع لهذا الجهاز لانها متعلقة به مباشرة بل هي معدة على الخصوص للشم وفي بعض الحيوانات وسمي الاسماء لتجدها الحفرة الانفية منعزلة بالكلية عن طرق التنفس ولا كذلك في الطفل المولود لان تنفسه من الفم يسير لكون هذا الفم دائما مطبوقا مدة رضاعه فلا يحتاج بالاكثير الالادخول الهواء من الحفرة الانفية لان تجويف الفم الموضوع على الحلة مملوء باللبن دائما مع ان بدون ذلك لا يمكن ان يطول رضاعه زمنا طويلا فتكون الحفرة الانفية بالنظر لتلك الوظيفة المهمة كعضو متعلق بجهاز التنفس وذلك ثابت بتقل الامراض التي تظهر فيها فاذا نرى كون الاحسن اعتبار الحفرة الانفية عضوا للتنفس لا عضوا للشم في الاطفال الذين لم يتبعوا الى الان بحس الشم وبالنظر لتلك الاعتبارات ساع لنا وضع امراض الانف والحفرة الانفية هنا وفي هذا القسم ثلاثة فصول

الفصل الاول

في النمو وعيوب التكون في الانف والحفرة

الانف في الازمنة الاول من الحياة داخل الرحم ~~يكون~~ غير موجود
 والحفر الاقية تكون في الابتداء متصله بالقحف وتأخذ في الانفصال عنه تدريجاً
 بتقارب وانضمام الجزئين الجانبيين من القبوة الحنكية لبعضهما ثم بعد ستة
 اسابيع او شهرين تظهر قمتان صغيرتان احدهما بجانب الاخرى وهما ابتداء
 فوهة الحياشيم ثم بعد ذلك حالاً يبرزتوان من اعلى هاتين القوهتين ويحدانها
 خصوصاً من الوحشية ويكونان هما اصول جناسي الانف الذي يأخذ
 في البروز تدريجاً ويرسم لكن ارنسما غير تام فيبقى مدة الحياة داخل الرحم
 صغيراً جداً متفرجاً كأنه اظفيس ثم في مدة حصول هذه التقدّمات للنفخ الاذني
 تأخذ الحفرتان الاقيتان في العظم وخصوصاً في العلو وتكونان ايضا
 متفرقتين عن بعضهما في محاذة سقف الحنك ولكن بقيان ضيقتين في جرحهما
 العلوي والجيوب والقريبات تكون حينئذ متكونة ولا يكون بينها وبين بعضها
 الاسافات ضيقة ويكون الغشاء المخاطي المغشي لها سميكاً وشديداً الاحمرار
 في اواخر ازمة الحياة الجنينية بل يوجد فيه ايضا هذه الصفات وقت الولادة
 والجيوب الجبهية والفكية ~~تكون~~ غير موجودة ولا تكون الا في زمن
 متقدم من الحياة

فقد شاهدنا ان فصي الانف لا يوجدان في الابتداء فتمو هما يمكن ان يهوى
 اويقف بسبب ما فيولد الطفل امام عدم تام للانف او مع هيئة فطس عظيم
 بحيث يبقّى فيه طول الحياة آثار من هذا الشكل الاصلى غير ان الفقد التام
 يكون في الغالب من عدم وجود العظم المصفاق فالعينان اللتان اختلطتا
 ببعضهما حتى صارتا شيئاً واحداً ~~تكونان~~ في تجويف جحاجي عام موضوع
 في موضع الانف وقد ذكر في بعض الجرئالات مشاهدة مشوهة ذي عين واحدة
 وجدت فيه الصفات الاتية وهي ان عظم راسه كان مناسباً للعظم جسمه وكانت
 جبهته عريضة جداً تمتد الى ثلاثة ارباع الوجه ولا يشاهد فيه اثر للانف وانما
 كان له فقط فتحة يضاوية موضوعة اقية في المحل الذي يلزم ان تكون فيه قبة
 الانف اي اصله اعلى من الحافة السفحية العليا واما المخ والفخج فليس فيهما ما يشاء

غريبة ولم يوجد العصب الشهي ولا العظم المصفاني فالعظم الجبهي قائم مقام
الصفحة الغربالية والتم والمسمى يعرف الديك

وكثيرا ما يوجد في محل الانف جسم مستطيل غير منتظم الشكل ناتج ولا بد من
بقايا الجلد الذي يلزم ان يغطي التواليفي ولا التفات لتشبيهه المواقين ذلك باشياء
معرفة غير مقبولة ثم ان الانف قد يطول اطالة فاحشة بحيث يشبه البوق
فينزل امام الفم قال بليار قد شاهدت مثالا من هذا التشوه اجتناء الطبيب
جربير ولم يكن فيه التواليفي طويلا كما ذكر ولا قصيرا منضغطا كما يشاهد ذلك
في الاطفال المولودين وانما كانت فيه هيئة انف الكبار البالغين فينبغي ان يعد
ذلك التواليفي من التشوه وقد رأيت مولودا اقنى الانف وعندنا مثله للانف
المشقوق نصفين وقد لا يكون الشق تاما ولكن يوجد فيه بكيفية اوضح من العادة
اثر الخط المتوسط الذي يفصل الجزين الجانبين المتماثلين لهذا العضو عن
بعضهما

والتباعد التام لنصفى الانف قد يحصل ايضا من نمو اورام في الحفرة الانفية
نشأت في الازمنة الاول من تكون الجنين وها هو مثال منه عظيم الاعتبار ذكره
الطبيب ديمدري وهو ان شابة ولدت في اليوم السابع من سبتمبر سنة ١٨٣٠
عيسوية بنات معها استالة الحمية كبيرة الحجم تمتد من الانف الى امام الفم
واسفله فبالبحث الزائد عرف هذا الطبيب ان انف هذا الطفل مشقوق الى
مقسوم الى قاعدته بحيث اتصل النصفان المتباعدان بالخدين وتكون منهما
تباعد خرج منه ورم في حجم بيضة اوزة ملتصق بجميع دوائر الفوهة الانفية
وبالشفة العليا نازلا عنها الى الاسفل ثم صار سابا وامتد الى اسفل الشفة السفلى
بحيث سد معظم الفوهة الفمية وتولد من الجزء العلوى لهذا المتولد الغير
الاعتيادي زائدة حلمية ومن جرتبه السفلى زائدة نظيرتها مجاورة للشفة السفلى
وتحقق الطبيب المذكور ان هذا الورم مانع للتنفس بسبب سده الخياشيم سدا
تاما وسده معظم الفم وخاف حصول الاسفكسيا التي تقتل الطفل بسرعة فاحط
رأيه على ازالته بالالة القاطعة في حرمة واحدة فلما ازيل بذلك ظهر انه كان مغطى

بزائدة جلدية ومنظر منسوجه كالمظهر الحبوبى للاجسام الغدية ثم لم يمكن مع استعمال جميع وسائط التغذية ان يغذى الجنين الا تغذية غير تامة فمات بعد العملية باربعة ايام

الفصل الثانى

فى الامراض التى تظهر بعد الولادة فى الانف والحفر

الغشاء النخامى فى المولودين يكون دائما شديدا احمراروا الاحتقان وفيه قابلية تهيج عظيمة اذ كثيرا ما تولد اطفال تعطس حالاً عند ماسها للهواء الجوى وذلك الغشاء يسرع ايضا فى انقراض مواد مخاطية تسيل على الدوام من الانف فى بعض الاطفال قاذن يستدل من الاحتقان الدموى والاحمرار وقابلية التهيج وكثرة الافراز فى الغشاء النخامى فى المولودين على ان فى هذا الغشاء استعدادا للالتهاب ويتضح بذلك ككثرة الزكام فى المولودين وهذا الداء اتبته له الاطباء قديما ولنجتهد هنا فى شرحه مع غاية الضبط فى الفصل الاآت

الفصل الثالث

فى زكام المولودين

زكام المولودين اما بسيط او مضاعف يتكون تجمعات غشائية فى جميع سعة الحفر الانفية

الزكام البسيط * الاسباب الاعتيادية الغالبة لزكام الاطفال هى تأثير البرد والهواء الرطب وبرد الاطراف المبتهل بالبول من اهمال تغيير الحرق والتعرض لحرارة النار الشديدة او الاشعة الشمسية او الضوء فاذا بودر فى ابتداء الربيع برياضة الاطفال فى الشمس شوهدها لانهم يعطسون ويصابون بالزكام وتكون سرعته تأثير الشمس على الغشاء النخامى اعظم كلما كان الشخص فى اواخر الشتاء اقل اعتيادا على تأثيرها

واول علامات الزكام هو العطاس الكثير ثم تسيل من انبساط مواد مخاطية تكون اول اخطيئة صافية ثم مصفرة ثم مخضرة ثم صديدية والطفل الذى كان ينام مطبوق الفم لا ينام الا اذا فتحه ويكون نفسه تعطيا بحيث لا تسمع خرخرة

النفس

التنفس وانما يسمع لغط نفثي يميز في الحفرة الانفية ويزيد ظهور هذا اللغط وعسر التنفس كلما صار المخاط الانفي أكثر واكثف لكونه يعارض مرور الهواء يضافه في القوة الظاهرة للغياشيم فيسدها كلا او بعضا ويعلم بالام الطفل وتعبه الحاصل للمتزاعاجه وصياحه وتغير محنته فاذا اعطى له الثدي حينئذ تضاعفت حالة ضجره واختناقته فيترك الحلمة لعدم قدرته على المص لكونه لا يتنفس الامن القم وهو مملوء بالحلمة واللبن الخارج من الثدي بحيث يصير الطفل دائما في اضطراب بسبب الجوع وعدم الكفاية فيسقط حالا في الذبول والتعب والام والهبوط ولم يلبث قليلا حتى يهلك حتى قبل ان يصل الى درجة زائد من الذبول وسير هذه الاعراض قد يكون سريعا جدا فيمهلك الطفل منها في ثلاثة ايام او اربعة فاذن ينبغي ان يعتبر هذا الداء ثقيلا في الاطفال لكن ليس دائما مهلكا لان خطره متعلق بدرجة انتفاخ الغشاء النخاعي وكثرة وقوام المادة المخاطية المنقرضة من الغشاء الملتهب فاذا كان الالتهاب خفيفا كان المخاط الانفي خيطيا فقط صافيا لكنه اكثر من الحالة الطبيعية ويتبع ذلك ان تعب التنفس يكون خفيفا والغالب ان الزكام لا يكون فيه خطرا مادام رضاع الطفل ممكنا وانما يتبدأ الخطر مع عسر التنفس والرضاع وبالحلمة هذا الداء يكون اخطر كلما كان الطفل اصغر

الزكام مع تجمد غلاى * التهاب الغشاء النخاعي في الاطفال قد يحصل منه احيانا تكون تجعدات غشائية كاذبة تغشى جميع سطح الحفرة الانفية قال بليار رأيت في اربعين طفلا مصابين بالزكام المختلف الشدة وعولجوا في مارستان الملتقطين ان خمسة منهم كان معهم اغشية كاذبة وقعت في حدود الخنجره وغشت الجيوب والقرينات والتصقت التصاقات مختلفة متناثرة بالغشاء النخاعي الذي كان شديد الاحمرار سميك سهل التمزق وكان تكون هذه الاغشية مسبوقا بجميع الاعراض الخاصة بالزكام وكانت منداة بمخاط كثيف تسمع في وسطه بقايا اغشية كاذبة اخرى وهؤلاء الاطفال ماتوا سريعا بامراضهم ولم يتيسر تشخيص وجود التجمد الغشائي في الحفرة الانفية الا في واحد منهم فقط واما الاطفال الاخر

فلم يكن معهم الا الاعراض الاعتيادية لالتهاب شديد جدا في هذه الانزواء
وها هي قصة تلك الحالة العظيمة الاهتمام

زكام مع تجمد غشائي كاذب * طفل انثى عمره ستة ايام دخل المارستان في الثامن
بشهر من شهر ربيع وهو صغير البنية احمر الجلد بيضه طبيعي وبطنه فيه قليل نوتر
وذنبه مخضر كثير (علاجه شراب الصمغ وضمد مرخ على البطن ولبن ممزوج)
وبقي على تلك الحالة الى الحادى والعشرين فشبهه حينئذ كثرة عطاسه وعسر
الزرداذه اللبن الذي يسقاه بملقعة وصار الوجه منتفعا والاطراف ليست
لهذا عاوية وعرض له رمد خفيف وفي كثير اللبن غير منضم ثم في المساء عرض له
سبيلان كثير لمادة مخاطية خيطية من انبشاش في الشان والعشرين
والثالث والعشرين كانت حالته كما ذكر في الرابع والعشرين عصر التنفس جدا
وصار ينام مفتوح الفم وتكررت جبهته بلهفات مختلفة وانجذب جناسا
الاتق الى الخارج اى الوحشية وصار معه ازعاج وقلق يعلن بهما كثرة الصباح
غير ان ضعفه يمنع استطالة الصباح زمانا طويلا وذلك كله كان حاملا على ظن
ان هنالك عاتقا منع مرور الهواء مرور انا الصافي جزء من القنوات الهوائية
وفي الخامس والعشرين وجدر شمع واتقاع في الوجه واسهال مستدام وفي
وتنفس انثى كثيرا للغطية ومصاب اذا صاح الطفل لغطيط نفعي تنتهي به حركة
ادخال النفس فظن الطبيب بآرون ان الزكام الذي حصل منه اقراض المادة
المخاطية صار الآن مضاعفا بكون تجمد غشائي ودامت هذه الحالة الى التاسع
والعشرين فسقط الطفل في الذبول وقل لغط التنفس الانثى غير ان المخاط
الصلديدي المخضر سال من الانف بمقدار كبير وفي الحادى والثلاثين وجد معه
اللفظ الانثى ثانيا وعرض له في المواد المخاطية الزائدة الكثيرة في كل لحظة
وكاد الطفل ان لا يقدر على التنفس ووصل الى اعظم درجة من الضعف ومات
في المساء ولما اريد فتح جثته وجد الفم سليما والمعدة كذلك وناهما ثلثا المعاء
الدقيق ووجد في القسم الثاني الاعورى صفحة واسعة حمراء مع اتقاع وسهولة
تمزق في المنسوج المخاطي ووجد الصمام الثاني الاعورى احمر منتفعا بحيث

لا يمكن

لا يمكن ان يمر من المعال الدقيق الى المعال الغليظ الا سبخ بمحس امرأة وكان المعال
 الغليظ في غاية السلامة واما الكبد فتتقعة اللون ولما فتحت الحفرتان الاقيتان
 وجد فيهما تجعد غشائي كاذب مبيض مومخ قليلا بدم متصاعد من سطحه
 ويتبدأ ذلك الغشاء الكاذب من الجزء العلوى للمزمار ولم يمتد للقصبة الرئوية
 وانما يصعد نحو الجيوب والقرينات الاقية حتى غطاها والتصق بها التصاقا
 متينا وكان الغشاء المخاطي من تحته شديد الانقفاخ والاحمرار ويرشح منه دم
 في بعض محال منه والرئة اليمنى محتقنة حافتها الخلفية بالدم والمخ سليما
 فمن الواضح ان هذا الطفل مات من زكام كان اوليا بسيطا ومعه وباقط بزيادة
 افراز كثير وانما صار في الاخر مضاعفا لتكون تجعد غلالي وتلك الغلالة
 بسدها عمر الهواء حصل منها جميع العوارض التي شوهدت وبقررب للعقل
 ان التي الكثير كان ناشئا من انسداد صمام بوهين اى الصمام الثالثى الاعورى
 لانه لم يكن هناك التهاب مريئى ولا التهاب معوى

وقد يكتسب الزكام صفات الازمان ويميت المريض بسبب الانخرام الذي يسببه
 التهاب الحاصل منه وذلك هو ما تدل عليه المشاهدة الاتية

زكام مزمن ولين التهابى في الغشاء النخاعى * طفل عمره سبعة عشر شهرا فطم
 من مدة ما ودخل المارستان فى الحادى والعشرين من مارس وكان منتفخ
 اللون مع انه قوى وكان جلده حارا ونضه طبيعيا وتفسه الانفى في غاية العسر
 والمقلقة فيها بعض احتقان (علاجه مغلى الخبازا المصنع وحمام قديم ولبن
 ممزوج) وفي مدة شهر مارس التالى لشهر دخوله لم توجد اعراض غير ذلك
 الا رشح مخاطي كثير من الانف وكان التنفس الانفى كثير اللطية وعمره جدا
 وكان للطفل ميل عظيم للنعاس ونضه في الغالب بطيا صغيرا وقد يصير احيانا
 متواترا في المساء (علاجه حراقة على القفا بعد وضع اربع علفات على القسم
 الحلى) فحسن حاله بذلك يسيرا وصار تنفسه اجود وميله للنعاس اقل وفي الثالث
 من شهر افريل رجع الميل للنعاس كما كان وتواتر التبعث وانما كانه لم يزل
 صغيرا وصار الانتعاع عاما والجلد جافا والبطن متورا والتنفس عميرا وكثر

سيلان المخاط من الخياشيم وحصل في (علاجه اربع طبقات على القسم
 للمعدى وضما على البطن وحمة) وفي الرابع من افريل صار الجلد اقل حرارة
 والقلم دائما جافا وزال القيء بالكلية وقل تواتر النبض في السادس زالت
 الاعراض المعديّة بالكلية وسالت من الانف مادة مخاطية ~~كثيرة~~ وصرار
 من رمد الهواء من الخفر الاثني عشر واغطيا وحصل انتفاخ او تضخم
 في الشفة العليا بقيت حالة المريض هكذا الى الخامس عشر ولم يحصل له
 هبوط وانما لم يزل اغمه وثقلته من طبعه بالسيلان المخاطي الذي مادته دائما
 بيضاء خيطية كيميائى البيض وفي الطفل جميع شهره في هذه الحالة تقريبا
 ثم في اليوم الثامن من جوين عرض له انجبرية معتمومة بقليل من الحمى وزالت
 بعد يومين (علاجه ماء الشعير المصفى والبن المنزوع والحمة) فعرض له حسن
 حال قليل غير ان الزكام لم يزل باقيا وبسبب ذلك بقي الطفل في بيت المرضى ومضى
 عليه بقية شهر جوين وابتدأ جوليت من غير ان يعرض له شئ عظيم الاهتمام
 ثم في الخامس عشر والسادس عشر من جوليت عشر تغصه وعرضت له حمى
 وكثر سيلان المادة المخاطية من الانف والقلم (علاجه ماء الخباز المحلى واللغوق
 والحمة) وضعف الطفل منع من فعل الاختفرانات الدموية فيه وفي اليوم
 العشرين من جوليت كانت الاعراض كما قلنا وعرض له انتفاخ عام وحمى دقية
 تعرف بصغر النبض وتواتره مع حرارة لداعة في الجلد وتزايد الاعراض الحمية
 في كل مساء واخذ التبول والنحول في الازدياد ومع ذلك لم يكن معه اسهال
 ولا قيء مع ان البطن متورم ولم يزل المواد المخاطية زائدة الكثرة (علاجه اللغوق
 مع قطعة من القرمز وحراقة بين المنكبين) فعرض حسن حال لكن هزل الطفل
 ولم يزل آخذ في النحول يوما فيوما ولم يزل تغصه لغطيا مع انه قرع على صدره
 ضرات كثيرة في سير المرض فلم يسمع منه اصلا صوت اصم وفي العاشر من اوجوت
 عرض عشر تنفس كان يتقطع فوبلا يزل الازدحام من الانف مواد مخاطية
 خفيفة يعرض غروجهما بالخطاس وفي الخامس عشر انقطع سيلان المخاط
 الانفي وحسنت حالة الطفل قليلا ولا ~~يكن~~ كان معه تحول زائد من غير اسهال

ولاقى وكان علاجه للمثروبات المرخية وللغوقات البسيطة والبن المزوج
وليثومره من الاغذية الابداجا كان خفيفا منها غير ان راهبة المناوسنان ظنت
رجوع قوته له فاعطته سرا بعض امراق وشوربات دسحق في صباح الحادى
والعشرين من اووت كان مع الطفل الاضطراب والصياح كثير ومع ذلك
ظنت الخادمة الراهبة حسن حاله وظنت ان صياحه من الجوع فاعطته شيئا
ليأكله فلم يلبث قليلا حتى حصل له اختناق عظيم ومات بين يديها

ولما اريد فتح جثته في اليوم التالي وجد القم سليما والمرى منتقع اللون والمعدة
شديدة التورم ومملوءة يشبه قنات تخين وغشاؤها المخاطي لينا جدا حمرا والقعد
الماساريقية منتفخة حمرة والغشاء المخاطي للاثني عشرى فيه خطوط حمراء
والعما الدقيق سليما غير انه متسع جدا بالعاز والرئتان سليمتين وانما هنالك
التصاق خلوى بين الصفاقين الصدرين والبطنان الجائيان للصح يحتويان
على مصل كثير والغشاء المخاطي للصفرا لافية شديدة الاحمرار والانتفاخ وفيه
لين عظيم بحيث يكفى الحلك بالاعطاف ليتحول الى لب محمر دموى والخضرة
والشعب سليمة

قد ذكرنا بالتفصيل شرح مرض هذا الطفل لان من المهم حسب الظاهر
ان تذكر جميع احوال سير هذا الزكام المزمن الذى فى آخره يحصل فى الغشاء
الغضائى الفساد الذى يسببه فيه الالتهاب المستطيل المدة والتزمنا ايضا ان ننبه
على المضاعفات الخفية والمعدية المعوية وعلى حالة الضعف التى وصل لها هذا
المريض وعلى النتيجة الحزنة لافراط التدبير الغذائى الذى فعله مع هذا الطفل
الاشخاص القاصون به رعايته وحفظه وذلك لما توهمه العامة من ان ضعف
المريض وذبولهم انما هو من قلة التغذية فيعطونهم شقة عليهم اغذية
كثيرة بقصد تقويتهم ولادرأتهم بذلك تسببوا فى هلاكهم ولا سيما
الاطفال الصغار

فالمضاعفات الكثيرة الحصول زكام الاطفال هي الاكاث الخفية فان قرب محل
الزكام من المخ يسبب فيه تهيجا تختلف شدته وينتج عنه استسقاء مخي حاد

كما شاهدنا ذلك في الحالة السابقة او عوارض اخر مغمة ايضا بحيث لا يندر
ان تشاهد اطفال يحصل لهم مدة الزكام نسبنا وانحطاط في القوى بل وتنشجات
وتلك علامات واضحة لتيج مخي

والعلاج المناسب لهذا الداء يختلف بحسب السن فالاطفال الصغار الذين هم
في الرضاع ينبغي منعهم من الرضاع من امهاتهم لان الارضاع يشق عليهم ويزيد
في عسر تنفسهم وربما زاد في ثقل العوارض العامة التي تصاحب التهاب
الحفر الاقية مع ان رضاعهم في تلك الحالة رديء وكية اللبن الذي يتعاطونه
غير كاف دائما للتغذية بحيث يكونون بذلك معرضين للهلاك من الضعف
والجوع فاذا نجتهد في ان يكون شربهم مع غاية الاحتراس بان يصب في فمهم
بعض ملاعق من لبن البقر او المعز الممزوج بماء المشعير المقشر فاذا عسر الازدراد
لزم الالتجاء للحقن المغذية وليس من النافع ان يوجه نحو خفرهم الاقية بخار
شي من المطبوخات المرخية لان الطرق الهوائية فيهم ضيقة والاستفاح الوقفي
الذي يسببه تأثير الحما والرطب لا يحصل منه الا زيادة عسر التنفس فاحسن
الوسائط لعلاج زكام هؤلاء الاطفال الصغار هو تباعد الاسباب التي تسبب
الزكام والمسروبات المليسة بلطف اي الخفيفة الاسهال كعصارة القراصيا المحلاة
او ان يؤمر لهم بمحلى وسيل الكلو ميلان بكمية من قمعتين الى اربع ليحصل
من ذلك نصر ينف وتحويل في القناة المعوية وتوضع حراقة اما على القفا او على
احد العضدين فاذا عرّض تضاعف مخي لزم مقاومته بالوسائط المناسبة له
فاذا شوهد بعد مقاومة الالتهاب بالانتظام تكون مجدمات جرابية
في الحفر الاقية لزم استعمال بعض الوسائط التي امر واجها في الداء المسمي
كروبي فيمكن مثلاً ان ينفخ بلطف في الخياشيم المسحوق الساعم للكلو ميلان
او مخلوط السكر والنسب المسحوق ناعماً او ادخال هذه المسحوقات في الانف
اقل خطراً من دخولها في القصبة الرئوية لكن ينبغي الابتعاد بالاكثري انه
مقي شوه في الطفل تعسر المص منع رضاعه من مرضته لان تعجيد
المص يسببه عوارض مغمة سواء بالنظر لتغذيته او للاحتقان الرئوي

او الخي

الفصل الثمانى
فى امراض الخنجرة والقصبه

فى هذا القسم ثلاثة فصول

الفصل الاول
فى نمو هذه الاعضاء وعيوب تكونها

الخنجرة والقصبه الرئوية مدة الحياة الجنينية لا يحصل فيها ظاهرات تدريجية
يمكن مشاهدتها واتباعها حتى تذكر بالضبط ادوار تكونها فوجودهما
وكما لهما ليس فيهما عظيم اهتمام مدة الحياة داخل الرحم اكثر من الاهتمام
بالقناة المعوية والكليتين والمثانة ونحو ذلك وليس فيهما كهذه الاعضاء
درجات **تكون** مشاهدة وانما يميز فيهما من ابتداء ظهورهما فى الشهر
الثامن والثالث من العلوق قناة منتفخة من جزئها العلوى ومنقسمة من الاسفل
بجيت يعرف جيدا آثار الخنجرة والقصبه ويشاهد ايضا فى الثالث والرابع
خطوط مستعرضة تعلن بالحلقات الغضروفية للقصبه وفى السادس
او السابع يسهل ان تميز عن بعضها التتواتر والانخفاضات التى تقوم منها
البطينات واوتار الزمار والغالب ان يكون لون الغشاء المخاطى المغطى لهذه
الاجزاء ورديا غامقا وتقل شدته فى القصبه حيث يوجد فيه من الباطن غالبا
نتيات مستطيلة وتلك هيئة مخصوصة تسمح باتساع هذه القناة اذ امدها
الهواء فيما بعد وكثيرا ما يوجد ايضا مواد مخاطية صافية جدا خيطية تستر
بجدران القصبه وتندبها وفى وقت الولادة **تكون** غضاريف الخنجرة
والعظام والعضلات نامية نموا كافيا وان كانت صغيرة وقابلة للانثناء وتكون
غضاريف القصبه متميزة جيدا عن بعضها رخوة كلتها منقوعة فى الدم ولذا
كثيرا ما توجد فيها حروز حمر مستعرضة تقاذى غضاريف القصبه فلا ينبغي
ظن كونها حروزا النهائية
وعيوب تكون الخنجرة والقصبه اقل كثرة من عيوب غيرهما من الاعضاء

وقد يعدم هذان العضوان بالكلية في عديم المنخ وقد تكون الحنجرة صغيرة جدا
اوضيقة جدا كما ذكرنا ذلك في مجت عيوب اللسان وقد يعدم المزمار وبعض
غضاريف الحنجرة او توجد تلك الاعضاء لكن لا تكون تامة الخلقة قال بليار
قد شاهدت في طفل مولود عدم تساوى الجزئين الجانبيين للحنجرة وهذه
العيوب يقل الاهتمام بها نظرا لكونها في زمن تكاد ان تعدم فيه وظائف
هذا العضو بالنظر للصوت والتكلم لكنها قد تضر فيما بعد عند ممارسة الكلام
وانقسام القصبة قد يحصل منه اختلاف عظيم في الحجم والسعة وذلك يوافق
في العادة اختلافا شديدا بذلك بين حجم الرئتين

الفصل الثانى

في الامراض التى تظهر قبل الولادة ومعها في الحنجرة والقصبة

قال بليار لم ار اثر واضحا للتهاب في تلك الاعضاء تظهر مدة الحياة داخل
الرحم غير انى كثيرا ما رأيت احتقاناد موى اعظيما في الغشاء الحنجري القصبى
حتى في المسقوطنين الذين يولدون قبل تمام اشهرهم وكثيرا ما يصعب تصعد
دموى يمتد الى الشعب بحيث يقرب للعقل انه نتيجة فيضان دم في تلك الاجزاء
اما في آخر ازمنة الحياة داخل الرحم او في مدة اعمال الولادة
وهناك حالة للحنجرة والقصبة تحتاج ايضا للاقباه وليس بلازم نسبتها لاف
في الغشاء المخاطى الحنجري القصبى وهى كثرة المواد المخاطية التى تسد
في المولودين الحنجرة والقصبة بحيث تنقب التنفس وتلك الحالة يصحبها غالبا
تغير مخصوص في الصباح حيث يكون خفيا او غير تام فالترجيع لا يسمع
الامتقطعما ويكون في الغالب ابح نخعيا اذا لم يكن اختناقيا ويقرب للعقل
ان هذه المواد المخاطية تراكت في الحنجرة والقصبة قبل الولادة والعوارض
القليلة التى تحصل من ذلك تدوم زمنا يسيرا ويكفى بعض حركات من الشهيق
والزفير لصيرورة الصباح ظاهرا خالصا مع ان الطبيب المولدي يمكنه تسهيل خروج
هذه المادة بالاصبع او بوبريشة تدخل في مدخل الحنجرة الذى تكون تلك
المادة ملتصقة به في الغالب قال بليار وقد شاهدت مرارا على الوجه الباطن

لقصة الجنين الميت ثم اصغير بنفسه جيل ادرسيه

الفصل الثالث

في الامراض التي تظهر بعد الولادة في هذه الاعضاء

قد تصاب خنجره الاطفال الرضع باحد ثلاثة انواع من الامراض الاحتقان
والالتهاب والاوذيم وفي هذا الفصل خمسة مباحث

المبحث الاول

في احتقان الخنجره

الخنجره في المولودين تكون غالباً محتقنه ويبقى ذلك الاحتقان زمناً طويلاً
ويتناقص تدريجاً حتى يزول بالكلية والغشاء المخاطي الخنجري في الاطفال
الذين عمرهم من شهرين الى اربعة يكون في الغالب وردياً منتقهاً ويختلف ذلك
اللون قليلاً عن لون القصبه مع انه كان في الابتداء غير مختلف عنها والخنجره
في الحياه تحتقن بسهولة فتكون حمراء في الاحوال التي يحصل فيها الموت
بالاسفكسيا وشاهد بليار اكداما كثيره في المنسوج انخلوى المحيط بالخنجره
بمحيث يظن انه حصل للطفل افعال عنيفه من الخارج استدعت احتناقه
ووجد احياناً في هذه الاحتقانات في الخنجره دم متصاعد على سطحها وسطح
القصبه تختلف كميته بل احياناً يخرج من الطفل بالنفث وقت الموت بمقدار
عظيم وذلك يوجد بالاكثريه في الاطفال الذين منسوجهم انخلوى اوذيماوى
اى متيسس ويوجد فيهم مع ذلك امتلاء دموى عام واضح جداً

المبحث الثانى

في التهاب الخنجره المسمى بالذهبه الخنجرية

الذهبه الخنجرية كثيره الحصول في الاطفال الرضع لكن يلزم ان تنبه على انه
يقل حصولها كلما كان الطفل اكثر تقدماً في السن فالذهبه اما ارثيابه او
بسيطة واما مضاعفه فتكون تجمعات غلالية

فالذهبه الارثيابه تختلف كثيراً بالنظر لشدها فتكون مجرد تلون وردي
بدون تغير في التركيب واحياناً تشاهد مصحوبه بانفخاخ في المنسوج المخاطي

اولين او تفرح فيه واسباب الذبحة فيهم ربما عسر تعيينها لكن يصح ان يعد منها
تأثير الهواء البارد الرطب والرياح التي يتريش فيها الطفل ورطوبة القدمين
ولاسيما الصياح المستطيل وتقدم وجود التهاب شاغل لجزء آخر من الغشاء
المخاطي التنفسي كالحفر الانفية والقصبية

وهذا الالتهاب حتى الخفيف الدرجة منه يصعبه غالباً افراز كثير لمادة مخاطية
تكون اولاً صافية خيطية لكن لم تلبث قليلاً حتى تنخن وتصبح مصفرة
اللون فينبغ منها نفس الطفل ويتغير صياحه تغيراً محسوساً وذلك التغير يكون
بالأكثر في النعمة لافي الهيئة فجراً الصياح المركب ان له يوجدان جيداً
الا انهما يكونان مستورين مخفيين فاذا كان التهاب الخنجرة شديداً زاد تغير
الصياح وكثيراً ما يكون حينئذ اصم غير مسموع واما الترجيع فبالعكس اى بصير
حاداً متسلطناً وذلك التنوع المخصوص في صياح الاطفال يكون كما ذكرنا
سابقاً في اول الكتاب علامة أكيدة لوجود الالتهاب في الجزء العلوى من
القنوات الهوائية واما فقد التام للترجيع فيدل على ان الآفة ممتدة سلطنة في
فروع الشعب او في منسوج الرئين وهذه القاعدة ينبغي الاهتمام بمراعاتها
وان جاز معارضتها

ومن النادر ان توجد الذبحة الخنجرية وحدها وكثيراً ما تتبع الرعاف وتصب
حالاتها في القصبية والشعب ولذلك لا ترى في الاطفال الصغار عرض
التهاب الخنجرة الا بعد التهاب الحفر الانفية وسير اعراض الذبحة يكون
في الغالب سريعاً واحياناً خفيفاً جداً في ابتداءه الا ان الحال لم يلبث قليلاً حتى
يشدد الالتهاب يسيراً بحيث لا يحتمل التغير الذي يحصل في نعمة الصياح وهيئته
على من له ممارسة في الطب مع انه يمكن تأكيده بالمشاهدة البصرية لان الالتهاب
كثيراً ما يمتد للهالة فاذا فتح فم الطفل وخفضت قاعدة اللسان يميز جيداً في عمق
القم الاحمر الاريتيمى او يمتد الى الخنجرة

والذبحة الخنجرية يندر ان يصحبها في كافي التهاب البلعوم والمرى ومع ذلك
فالغالب ان الطفل يرضع رضاعة رديئة فاذا اخذ مقداراً عظيماً من اللبن ربما

حالة الالم المتسبب عن حركة البلعوم في وقت الازدراء على زلزلة الحمة فيصبح
صياحا بغيا يتقذف منه السائل الداخل في المريء ويطفو في الفم فيدخل
منه بعض نثر في الحجرة فيحصل من ذلك سعال اختناقى ربما كان خطرا على
حيات الطفل وهذه الحركة القلسية ومثلها السعال والاختناق الساجان لها
تستدعي اتياء اطباء غاني لم اجد في ثلاثة اطفال كان يحصل لهم غالباً عند
الرضاع هذا السعال الاختناقى وقت الازدراء الاحتقان ثوبا وذبحه شديدة
جدا يقرب للعقل انها هي السبب لهذه العوارض انتهى

وكثرة المواد المخاطية التي تترام في الحجرة يحصل منها ايضا اعراض شبيهة
بذلك وتعرض بالاكثر عند ما يكون الطفل نائما فيستيقظ مزججا ويحصل له
القيء ويقع حركات عنيفة لاجل الصباح ولا يتيسر له ذلك الصباح الا بعد
ان تخرج منه بالحركات الشاقة المواد المخاطية السادة لمرو الهواء من
الزمار ولندكر هنا اصلا كايما بالنظر لانتهايات الحجرة في الاطفال الصغار
وهو ان هذه القناة من حيث انها ضيقة جدا فادنى اتفاح يحصل من الالتباب
بسبب الاختناق ويتبع ذلك حالة تشنج وضجر بحيث يظهر ان الطفل عندها كابد
سقوطا وهبوطا تعلن به سمخته لانها تصبح بنفسجية وسيما حوالى جنبها
الانف والفم ولا تتسع الخياشيم الابعس ويوقى الفم مفتوحا وفي كل حركة تنفس
يحصل شبه انقباض تشنجى في جميع اجزاء الجسم يصاحب تعدد الجدران
الصدرية وتشاهد تلك الحالة التشنجية في اصغر الاطفال جدا ويجمع هذه
الاعراض التي ذكرناها هي السمعة عند المؤلفين بالذبحه الاختناقية وهي
كثيرة الحصول للاطفال قال المؤلف فاجد غالباً في الذين ماتوا بهذا الممقدارا
كثيرا من مادة مخاطية مخينة جدا وينسب تجويف الحجرة بترامها فيه
وكلها هي التي تحتقن في الطفل وفي المشاهدة الاتية على الانما هو شبيه بذلك

وهي ان طفلا سنه ثلاثة عشر يوما دخل المستشفى في الثباتي والعشرين
من ميه وكان قمرى البنية غير انه من متقع اللون وحصل له منذ يومين تقاوى كثير
وكان طرف اللسان احمر والنبض ليس فيه عظيم نثر (فعولج بمغلى الازد الحلى

وحقنة من خية ولبن ممزوج) ومن الثاني والعشرين الى السادس والعشرين لم يحصل له ما هو عظيم الاهتمام ~~وال~~كن من حينئذ عرض له زكام معصوب بافراز كثير لمادة مخاطية انفية وانتفاخ خفيف في الانف وحصل في الاجفان ايضا بعض انتفاخ ولم يلبث الزكام قليلا حتى ذهب وصار الطفل في حالة احسن من الاولى الى اليوم العاشر من جوين فقيه صار التنفس متعبا والوجه بنفسيما احيا ناوا اذا استيقظ الطفل من النوم يشاهد صباحه مكتوما بعض لحظات ولا يتنفس الا اذا حصل بعض افعال عنيفة للتنفس ومع ذلك فجزءه وان سمعا الان في ما بعض شيء سائر لهما ليس طبيعيا (علاجه معلى صدرى محلى وضما خردلى على القدمين مع الحمية) وفي الخامس عشر حصل للطفل انتفاخ ونحول وصار يعتره احيانا اختناق واضح وبعض سعال عنيف وفيه فيخرج بهما من الفم مواد مخاطية كثيرة مخبنة خيطية ويضرب النبض من ثمان وخمسين الى ستين ويصير الجلد محرقا دائما والايدي بنفسجية غالبا ولا يكون هنالك اسهال ولا قيء وفي الثامن عشر كان الصباح ايضا مستورا وحركات التنفس سريعة قصيرة ويسمع في الجزء الخلفي من الصدر صوت اصم وكثيرا ما يعرض اختناق للطفل اذا شرب وفي العشرين صار ضعيفا ساقطا بحيث لا يشاهد ظهور عرض اصلا واخذ في الهبوط تدريجيا والنحول يوما فيوما ومات في الثالث والعشرين وعند فتح بخته شوهد احتقان في قاعدة اللسان واحمرار شديد وانتفاخ ولين في الغشاء المخاطي للحنجرة المغطاء جدرانها بمادة مخاطية سائلة مخبنة كأنها غشائية الهيثة ووجد احمرار بنفسجي في القصبة والشعب واحتقان شديد في الحافة الخلفية للرئتين ووجد اربع عشرة صفيحة جراحية ملتصقة في اللسان وخطوط سمر عديدة في قولون واما الملح فكان سليما

قد رأينا في هذا الطفل ان التهاب الحنجرة امتد حتى حصل منه العوارض التي تعبه عادة ولا نشك في ان الاختناق الذي كان قريب الوقوع ويعرض فمنا فزمننا انما ينسب لوجود المادة المخاطية المخبنة التي تراكمت في الحنجرة

ولتضايق هذا العضو من الانتفاخ الالتهابي لجلد رانها ولا تغفل عن ان هذه الذبحة تبعث الزكام كما قلنا وذلك هو ما يحصل غالباً للاطفال

وكثيرا ما تعرض هذه الذبحة في سير مرض اخر وخصوصا القرمزية والجدري والصفات التشريحية للالتهاب لا تكون مقصورة حيثئذ على الاحمرار الاريتماوى وانما تكون احيانا مشابهة للالتهاب الجلدى الذى تكون الذبحة عرضا لازما له فكثيرا ما شوهدت بثور شبيهة بثور الجدري ظهرت في البلعوم والقصبه في هذه الحالة تكون اعراض الذبحة هي نفس الاعراض التى ذكرناها ما لم يكن الالتهاب مضاعفاً يكون تجعد غلاى والا فالطفل يوجد معه حيثئذ الاعراض التى سنذكرها قريبا في شرح الداء المسمى كروب

والالتهاب الحنجري في الاطفال الصغار قد ينتهى بالعمل في بعض ايام او بانتقاله الى حالة الازمان كما شاهدنا ذلك في المشاهدة السابقة او بالموت السريع للطفل فيوت احيانا بالاسف كسما من ابتداء الداء فاذن يلزم التيقظ والتوعى له من الابتداء ليقاوم ويبعاج قبل ان يعطى له زمن يتقدم فيه وقد يتقن ان يبقى الصياح بعد زوال الاعراض الالتهابية مخفيا وذلك ينشأ من تغير المنسوج الذى انتجه الالتهاب وحصل من مستنتج ذلك التغير ضرر في مرور الهواء من الحنجرة مرورا خالصا قال بليار كثيرا ما شاهدت للصوت الخفى اى الجحوحة في اشخاص بالغين كانوا اصابوا بالجدري في حال طفوليتهم وذلك ناشئ يقينا من كون الالتهاب امتد الى الحنجرة فغير تركيبها ونوعها تنوعا غير اعتيادى

العلاج * متى شوهدت العلامات الاولى للذبحة في الاطفال الرضع ينبغي منعهم من اعطاء مقدار كبير من اللبن في مرة واحدة وانما يكررا عطاء الثدي لهم لكن يسيرا مرات كثيرة فاذا كانت الذبحة شديدة جدا والازدراد عسرا لزم منع الارضاع بالكلية ويلقى العنق بمنديل مزدوج من صوف او بضمد خفيف ويوضع علقتان او ثلاث او اربع بحسب سن الطفل وقوته من اعلى الترقوة اى فيكون بعيدا عن مجلس الالتهاب بمسافة ما ويلزم الاحتراز من شد القمط

جدا لان عسر التنفس شديد قبل ذلك بسبب اتفاخ الخنجرة فبشد الصدر
وضغطه يزيد ذلك العسر ايضا وقد يكفي ضماد حار على القدمين لاحداث
احمرار خفيف على سبيل التصريف واما دقيق الخردل فيجاءوزنى الاطفال
الصغار درجحة التهيج المرادة وبسبب فيهم سر يعاققات تنقرح وتنشفي بعسر
فاذا كانت القناة المعوية سليمة وسما اذا كان مع الطفل امساك امر له بجمعيتين
او ثلاث من الكلو ميلاس او نصف اوقية من المن في اوقيتين من اللبن او بمحضنة
من نصف اوقية من دهن الخروع محلولة في الماء القاتر مع نصف مخ بيضة فاذا
عرض تضاعف مخي وضعت علقه او غلقتان خلف كل اذن ويداوم على
استعمال المصرفات التي ذكرناها فاذا اتت الذبحة الى حالة الازمان صح بعد
استعمال الوسائط المذكورة ان توضع سراقه على القفا وتقرخ الاجزاء الجانبيه
للعنق بالطلاء النوشادري او بالمرهم الاتيموني ولا بأس بعد زوال الداء بحفظ
عنق الطفل محاطا زماما بمروية من جلد فحوارب او غيره او بقطعة من القلائل
ليحفظ من الرجوع الذي ربما كان اخطر من الاول

المبحث الثالث في الخناق

اي الذبحة مع تغير في الافراز

هذا الداء يسمى كروب وهي كلمة آتية من لغة الايقوسيين ببلاد الاقلية ومعناها
خناق واستعملها الاطبيب اوم ليعني بها التهاب حاد في الخنجرة والقصبه
يوصف بسرعه تكون غشاء كاذب ثم اشتهر هذا الاسم في جميع البلاد وهو
يقوم من التهاب في الخنجرة والقصبه الرئوية مضاعف بسرعه تكون تجعد
غلالي يمتد على جدار الخنجرة بل وينتشر احيانا الى القصبه والشعب وهذا
الداء معروف قديما لانه كان يشبه بالذبحة الغنغرينية ثم عجز عنها ومن
الاطباء من ذكر مر ضا يشبهه سماه بالربو الحاد ومنهم من ضمه معه ومنهم من ذكر
ان الذبحة الخبيثة والخناق مرض واحد من طبيعة واحدة ومنهم من ذكر
انهم امرضان يجتمعان معا ولا يمكن معظم الاطباء في وقتنا هذا يرفضون
كونهما مرضا واحدا واثبت بربطونوس ان الذبحة الخبيثة الوبائية ليست

من طبيعة غنغريمية كما ظنوا الى الآن وانما هي التهاب حقيقي غلالى شبيه
بالتهاب الخناق وان الصفحات التى ظنوها خشكريشات انما هي تجعدات
غشائية ثم اثبت ان هذين الداءين المتحدين فى التغيرات التشريحية لا يختلفان
الا فى المجلس الشاغلين له وانهم فى معظم الاحوال بل فى كلها يوجدان معا
فى جميع الاحوال الوبائية للذبحجة الخبيثة التى ذكرها المؤلفون وهذا وان كان
جليلا الاستكشاف الا انه لم يكف لتمييز هذا الداء عن الآفات القرية الشبه به
فقد ذكروا فرقا بينه وبين ربو نسبوه للمبار وذكروا خناقا تشخيصيا يكون
احيانا قتلاولا يوجد فى جثث الميتين به اثر غشاء كاذب فهو لا يمتنع ذلك
يثبتون وجود خناقات بدون وجود صفاتها الذاتية الواصفة لها لان الغشاء
الكاذب هو احد الصفات اللازمة للخناق ولا يصح اختيار مماثلة امراض مع
اختلاف صفاتها التشريحية بالكلية نعم قد يتفق على سبيل الندرة ان لا يوجد
فى جثث اطفال ما توارب الخناق اثر اغشية كاذبة مع يقن انها كانت موجودة
فيحتمل انها انقذت وخرجت فى الحية ونرى فى الغشاء الخجري القصبى اثر
هذا الالتهاب المخصوص فاذا يكون الغشاء الكاذب احد الصفات
التشريحية للخناق ما عدا بعض احوال قليلة على ان تكون هذا الغشاء
فى جزء ما من القناة الهوائية لا يكتفى لوصف الخناق لان ذلك التغير المرضى قد
يوجد فى امراض اخرى قريبة لهذا الداء وبسبب ذلك حصل اشتباه بجملة امراض
بعضها اطلقوا عليها اسم الخناق مع ان التمييز بينها لازم وسيما اذا استدعى كل
منها علاجا مخصوصا به والغلط حينئذ خطر اذ كثيرا ما اتفق لاطباء مشاهير
انهم فعلوا عملية الشق القصبى لاشخاص مصابين بالاختناق والصوت الخناقى
وجعلوا تلك الصفات علامات للخناق ثم لما مات المريض لم يجدوا فى جثته
اغشية كاذبة فجزموا بانه لم يكن معه خناق وانهم غلطوا فى ظنهم ذلك
الاسباب * الاسباب البعيدة للخناق يظهر انها كاسباب الذبحجة الخجرية والنزلة
الشعبية ولكن يعسر ان يوضح بالضبط السبب القريب لتكون الغشاء
الكاذب ويظهر ان لاف هذا الداء فى مدة وباء التزلات والسعال الكلبى فيكون

سابقا على احدى هاتين الاقتين او خلفا لهما وقد يجتمع معهما وبضاعفهما
والاطفال الرضع اقل تعرضا للجناس من الاطفال المتقدمين في السن عن ذلك
لان اتلاف هذا الداء انما يكون بالاكتر فيمن عمرهم من سنتين الى ثمان
او عشر مع ان الاطفال الصغاوا اكثر تعرضا للالتهابات الغلالية في اغشية
اخر مخاطية كغشاء القم والمرى والحفر الانفية من الاطفال المتقدمين في السن
عن ذلك بحيث يظهر ان السن وتنوعاته الاكلىة التابعة له تفيد فرقا واختلافا
يلزم مراعاته وان لم يتيسر لنا توضيح سببه ولـسـكن نقول من جهة اخرى ان
السهولة والسرعة لحصول اعراض الاختناق للاطفال الصغار اذا ظهر
معهم ادنى التهاب في الطرق الهوائية يصير ان الذبحة الخجيرية القصبية فيهم
خطرة فيترتب على ذلك انه يلزم غاية التيقظ والانتباه لظهور وسير اعراض
الالتهاب الخجيري القصبي في المولودين جديدا قالوا ان الاسباب المحدثه
اي المولدة للداء ليست واضحة ولكنهم ذكروا منها البرد القباضى وعلى الخصوص
تأثير تيار الهواء الشديد ومن المحقق ان هذا الداء اندر في الصيف من الشتاء
وفي البلاد الجنوبية من الشمالية وعدوا من اسبابه ايضا الرطوبة مع انه انما
يشاهد بالاكتر في الازمنة اليابسة من السنة

طبيعة الداء قد عرف ان بریطونوس فرق بين الاكثات التزلية والخناق وواقعه
على ذلك جمع من المحققين والترموا ان يثبتوا ههنا شيئا ذاتيا في طبيعة الخناق به
يتكون الغشاء الكاذب الواصف لهذا الداء قال بليار وقد ذكرت توضيح تكون
هذا الغشاء في رسالة مخصوصة طبعتها في بعض الجرنالات الطبية سنة ١٨٤٦
ولنذكر بالاختصار الاسباب التي بمقتضاها يمكن ان تتضع الطبيعة الخاصة
بالخناق فنقول اولاً اقل ما يكون انه ليس هنالك درجة بين افراز المواد
المخاطية الكثيفة الحيطية اللزجة التي تغطي الغشاء المخاطي الملتهب وبين غلالة
الخناق وثانياً ان غلالة الخناق يوجد فيها تقرير بانفس العناصر الكيماوية
التي توجد في هذه المواد المخاطية حيث يتسلطن فيها بالاكتر العنصر اللينى
وقد شاهدنا سابقا هذا الشبه بين المواد المخاطية للأكثات التزلية والافراز

الغلاى للموجيت بحيث يظهر ان المواد المخاطية الصديدية للثنية والغشاء الكاذب للحناق وافراز الموجيت انما هي تغيرات وحيدة لافراز واحد ولا تختلف الا بالنظر لشكلها والاجزاء الشاغلة لهما وثالثا ان الاغشية المخاطية قبل ان تغطى بالغلايات تكون دائما شديدة الالتهاب حمراء محتقنة بالدم ويشار كها في هذا الاحتقان المنسوج الخلوى الذى تحتها فاذا صار الغشاء الملتب مع ذلك مجلسا لتصعدات دموية شوهه ان هذا التصعد كثيرا ما يصحبه او يعقبه تجعدات غلالية ومن ذلك قد يستنتج ان الحناق انما هو التهاب تولى لـصـكن الدم المخصوص بافراز المخاط لما صار فى الحالة المذكورة متركزا متجمعا بكثرة دبقا بسبب الالتهاب تحول الى المخاطية الجزء الذى يتجمد بسرعة اعنى العنصر اللينى فمن ذلك تحصل الخطوط والغلايات والصفحات البيضاء التى تغطى الاغشية المخاطية المصابة بالموجيت او الحناق انتهى

السير والاعراض * يصح ان يعتبر لهذا الداء ثلاثة ادوار دور الظهور ويحتوى على الاعراض السابقة ودور الداء نفسه اى حالته ويحتوى على الاعراض الواصفة له وهو دور الالتهاب ودور الهبوط ويحتوى على الاعراض المخصوصة بالانتهاء المخزن

فاما الدور الاول فهو دور الحمى المشتل على الاعراض التى تسبق الاعراض الواصفة للداء ونحن نقول انها جزء من اعراض الداء لانها سابقة متقدمة عليه فتستدعى من الطبيب غاية الاتباه وقد ذكرنا عرض الداء دفعة بدون اعراض مقدمة على الاعراض الخنجرية ولكن الغالب ان ذلك من اهمال النظر لظواهرات المرضية القليلة للظهور ثم تارة توجد حتى بسيطة نعرف بشعيريات متكررة وحرارة فى الجلد وسرعة فى النبض وانتفاخ فى الوجه وبياض فى اللسان وحالة حزن وتعب فتكون هذه هى اعراض الدور الاول وتارة تكون الاعراض النزلية اوضح فتوجد نزلة حقيقية وزكام وذبحمة حلقيه وذلك دائما مع الحمى والهبوط واحمرار العين اورطوبتها وزرقة

الاجفان وهذه الظواهرات تدوم من يوم الى خمسة ايام ويمكن ان يعقبها
 اعراض الدور الثاني اعني دور الالتهاب بان تحول اليها تدريجيا ودفعه
 والغالب ان لا يحصل التغير الا في المساء وشوهه عرضة في الليل بل في اثناء
 النوم الاعتيادي فحينئذ توجد علامات تكون الغلالة على سطح الحجر في تغير
 الصباح ولا يسمع من الطفل الصغير الا الترجيع فيكون حادا فنجعيا كصياح
 الديك الصغير بل قد يكون اختناقيا ومخفيا واما الصباح الحقيقي فلا يسمع اولا
 يسمع اللحظة ثم يتقطع او يبقى متغيرا تغيرا عميقا ويكون التنفس عسرا او صغيرا
 اورانيا حتمية يابنح اللغط الحاد الشبيه بغط ورقة من طائفة النجيل تهزين
 اصبعين بنفخ متوسط وان كان المشبه اضعف من ذلك ويحصل سعال شديد
 جاف قصير يتكرر نوبا وبحة لفظية تسبب الما في الحلق وشبهها بنقطة الدجاجة
 وشبهوا السعال بسعال هرة او كلب شرق عند البلع وتعب التنفس يكون
 مستداما تقريرا غير انه يكون موضوعا للاشتداد والقطع الغير التام ويكون
 الصوت اجم وكثيرا ما يكون ضعيفا اهتزازيا والازدراد يكون غالبا عسرا يثير
 السعال ويجدد نوب ضيق النفس والاختناق ويضم لهذه الاعراض الم
 الحجر بحيث ان الطفل الرضيع لا يقدر على ان يخبر به الا انه يعلم من توجيه
 يده على الدوام فحو هذا الجزء كانه ينزع شيئا منه ويزيد ذلك الالم متى ابتدأت
 نوبة السعال او الاختناق واحيانا يمد الى ما تحت القص لكن هذه الاعراض
 لا تبقى دائما بدرجة واحدة في هذا الدور فقد يحصل زمنافز منا ان التنفس
 يصير اسكن واقل صفيرا بل قد يرجع للطفل انبساطه وانسراحه وان لم تزل منه
 الحمى واما النبض فانه يصير اعرض والين لكن في الاشتدادات التي تعقب هذه
 الترددات يصير الضجر مستداما ويتلون الوجه بالحمر المزرقه ويصغر النبض
 ويتناثر ويتصلب ويحفظ الطفل صدره مرتفعا والعنق ممتددا واحيانا ينام
 على الجانب واما نومه على الظهر فتسادر والمسمع الموضوع على الصدر لا يعلم
 منه في معظم الاحوال غير ما يعلم من الاعراض الاخر والعلامات التي تؤخذ
 منه هي علامات النزلة الصدرية من ادا عليها اللغط الذي تسمعه الاذن من بعد

ويمكن

ويمكن ان يستفاد من هذه الالة بعض معارف احسن في الخناق الحنجري
 الشعبي فقد ذكر لاهنك تنفسا شعبيا بدون قرعة في الخلايا الرئوية ويوجد
 مع رنائية تامة في الصدر ويكون ذلك علامة خاصة يعرف بها الخناق الشعبي
 وقد يحصل رعاف مع انه في غير تلك الحالة نادر في الاطفال الصغار والاولى
 نسبته افيضان دموى لانه نزيه حقيقي وفي الدور الثالث اى دور الهبوط
 بعدم التردد اى تناقص الاعراض او يكون ذلك التناقص قليلا جدا
 بحيث لا يدرك ويزيد عمر التنفس شيئا فشيئا واحيانا يصعبه خرخرة لغطية
 غير انها واقعية وناشئة يقينا من قابلية بعض الاهداب الغشائية الكاذبة للحركة
 فالصوت حينئذ بعدم بالكلية والسعال لا يكون معه بصورة وانما يكون
 صغير ياقط بل ربما شوهد ذلك في الدور الثاني اذا كان الطفل ضعيفا والداء
 قويا وانحطاط القوى يلزم الطفل بملازمة الاضطجاع غير ان الرأس يكون
 مقبدا والى الخلف والاضلاع مرفوعة بقوة وكثرة والطفل يقبض عضلاته زمنا
 فزمننا لاجل ان يأخذ تنفسا عميقا فلا يتم له ذلك بل يعقبه بكاء وفتى واعراض
 مخيفة شديدة واضطراب لا يزول الا بالموت واحيانا يتسلطن في هذا الدور سبات
 عميق يعقبه موت هادى اى بدون نزاع واضطراب وذلك العرض كثير
 الحصول والمقل لانه يدل على احتمالان مخي او استسقاء مخي حاد وتلك آفة
 كثيرا ما توجد في جمث الاطفال الذين يموتون بالخناق ولذلك تكون الاعين
 حفيظا دامعة بارزة والملقعة محتقنة والوجه منتفعا ووسط الخدين والشفتين
 مزرقا والعنق منتفعا واحيانا يكون انتفاخه ريحيا في جزئه السفلى
 والنبيب يأخذ في الضعف والصغر شيئا فشيئا ويكون متقطعا غير منتظم
 ثم يحصل برد تدريجي في جميع الجسم لكن يكون اظهر في الرجلين واليدين وهو
 يعلن بقرب انقضاء الاجل الذى يكون نهاية هذه الحالة المؤلمة وقد شوهد
 احيانا تامة النفس في هذه الخناقات مع ضعف عميق والغالب ان ذلك ينسب
 لحالة غنغرينية ليست ببادرة خصوصا في بعض اوباء الجدري والقرمزية
 ولكن ينبغي اخراج ذلك من اعراض الخناق كخروجه من الالتهاب الحنجري

البسيط واذا عرض للطفل في اوقفت خرج معه احيا ناعا قطع واسعة غلاية
 فيحصل له من ذلك تخفيف حتى تولد تجمدات جديدة تسد الطرق الهوائية
 فتولد النزاع ثانيا والاختناق وهكذا حتى ينتهي ذلك بالموت ولا تقدر الصناعة
 على منعه والسير المحزن للخناق قد يكون احيا ناعا جدا قد يهلك
 المريض في نحو ثنتي عشرة ساعة ولكن الغالب حتى في الحالة الثقيلة ان تكون
 مدته من ثمان واربعين ساعة الى ثمانية ايام او ازيد من ذلك قليلا بادخال الدور
 الاول فيه وقد تزوج تلك المدة في الحالة الحميدة ولكن الدور الثالث يكون دائما
 قصيرا ويندر ان يطول اكثر من يوم والتغيرات التي ذكرناها انما تحصل غالبا
 في دور الالتهاب

الانتهاء والاذار * يعسر ان توضع نسبة صحيحة بين الخناقات القابلة للشفاء
 والمهلكة وذلك لكثرة غلط المشاهدين في التشخيص كما ستعلم ذلك قريبا
 فيدسبون له بعض احوال حميدة مع انها ليست منه يقينا ويصح ان نجعل
 من القواعد الكلية ان الخناق المحقق مرض ثقيل قتال في الغالب ومع ذلك
 فنذكر بعض مسائل عامة لهذا الازار نامة بالامتحان والاختبار فاولا
 ان المولودين جديدها الرضع يشفون بسرعة وسهولة وثانيا ان الاطفال الذين
 قربوا السن البلوغ يصابون باقل سرعة واقل خطر من الذين سنهم اقل من ذلك
 وثالثا ان الاطفال الممتنعين اللون الينقاويين يكون سير هذا الداء فيهم ابطأ
 وشده اقل افزاعا وعلاجه فيهم يستدعي طول زمن ورابعان الخناق الحاصل
 من الحسبة اقل ثقلا واستعصاء من الخناق الاصل الذي يقبل ميله لتكون
 غشاء كاذب فيسهل ازالته بل ربما لا يوجد فيه تكون ذلك الغشاء فيكون حينئذ
 داخلا في التهابات الخنجرية الاعتيادية وخامسا ان الخناق الحاصل من
 الجدرى قليل الثقل اذا ظهر قبل الاندفاع ويكون محزنا جدا اذا ظهر قرب زمن
 النقيع فيكون حينئذ مضاعفا بالقرحات ونحو ذلك مما لا نستغل به هنا وسادسا
 انه لا يرجى نجاة الطفل بالاكثر الا في الدور الاول وفي ابتداء الدور الثاني قبل
 تكون الاغشية الكاذبة اما في الدور الثالث فالرجاء قليل فان ضعف القوى

يكون

يكون بحيث لا يبقى شيء من الداء ويكون المهلك للطفل هو هبوط تلك القوى وانحطاطها فالعسر المتزايد للتنفس ينتج بالتقطع ما ينتج الاختناق في بعض الحظرات

فاذن يصح ان تجعل علامة الموت الحقيقي تقريرا اعراض هذا الدور الثالث لكن من المعلوم انه يلزم ان يكون قصيرا في الخناق الحاد الذي يؤدي للموت قبل زمن تكون الغلالة الزلالية او الليفية لان الظاهرات الواصفة له تكون ناشئة من وجود هذه الغلالة لا غير وانما ذلك بسبب شدة العوارض الاولى الالتهابية نفسها اذ قد ثبت بالتجربة والملاحظات ان هذا الدور كما كان واضحا حينما لم يشاهد في فتح الحنطة الا انحطاطية سميكة وندف زبدية وصفحات رقيقة ملتصقة كان واضحا ايضا حينما شوهد في القصبة الرئوية ابوية غشائية تامة وينبغي ان يعد من الدلائل المعتمدة جدا الانتفاخ الريجي في العنق فانه شوهد في كثير من الاحوال انه يشغل الرئتين ايضا بل ويترشح الهواء في المنسوج الخلوي ويدخل بين فصوص هذه الاعضاء ويسري حتى يصل الى المنسوج الخلوي الذي في الجابين القاسمين ومن هنا التميز بين العضلات وتحت الجلد ويعلم بالشفاء التلطيف التدريجي للاعراض والتباعد التدريجي ايضا لنوب الاختناق والخروج الخفيفة المصاحبة دائما للسعال المسمى عند بعضهم بالسعال الدم وللنفث التسابع فان هاتين الصفتين يدلان على ان التصعد الافرازي كان مخاطيا اوليا (وهو الخناق المخاطي والصدیدی) او انه اذا كان غلاليا وهو الخناق الغشائي فقد انفصل والنحل وانجذب الى الخارج بواسطة افراز جديد اكثر سائلة منه وتكون الخامة حينئذ حاملة في الغالب لاهداب او ندف مبيضة بل قد تدفع في مرة واحدة تجمعات على شكل انايب ويكون التخفيف التابع لذلك هو العلامة المقدمة للشفاء التام ومع ذلك لا ينبغي زيادة الوثوق بهذا الاندفاع فان بعض الاطباء تكلم فيه وعندنا امثلة كثيرة معمة يؤخذ منها ان تولد الغلالة قد يحصل بسرعة فقد شوهد انه خرج بالسعال ابوية طولها قيراطان ونصف وعرض الموت بعد ثلثي عشرة ساعة ولما فتحت الحنطة شوهد

في الخبيرة والقصة تجمد غشائي سمكه ربع خط مع انه قد يتقن ان تبقى الشعب
ملوءة بالاغشية الكاذبة وقد يبقى الداء بدون ان ينتج افراز ومع ذلك يهلك
المرضى ايضا

ويصح بمقابلة هذه الاحوال المعمة ان تذكر احوال الاخر تضعف ايضا الاتهام
المرتبط بالغشاء الكاذب في الخناق وذلك ان هنالك احوال احصل فيها الشفاء
بدون اندفاع لتلك الاغشية سواء في الاحوال التي لم تتولد فيها من الداء او التي
نظن فيها انها امتصت كما شوهد ذلك في الذبحة الغمامية او ان تلك الاغشية
لم تنصر اكية كغيرها من الاغشية الكاذبة وبقيت ملتصقة بالسطح المفرز لها وكل
هذا ممكن الحصول ويمكن في احوال من ذلك ان يبقى الصوت اجمع زمنا طويلا
بعد الشفاء

وقد ينتهي الخناق بغير هذين الاتهامين فيحصل الى الازمان وان انكر ذلك
بعضهم وقد اشهر دوجيس خمسة احوال من ذلك وحصل في اربعة منها رجوع
مهلك او حصل الهلالك بعد جلبة اعراض وتأكسد الشخص فيما يفتح الخنة
وكانت اعراضه قريبة من اعراض السل الحفري وهي بحمة قوية وسعال كثير
فيه بحوحة والمخيه بعض شدة في الخبيرة وحجى واضحة مع ترددات تقطع غير
تام كما في الحمى الدقية ونحول تدريجي غير انه بطيء جدا وكانت مدته هذه
الخنقات المزمنة من ثلاثة اسابيع الى ستة اشهر وواحد من الخمسة المذكورين
شفي في نهاية شهرين

التشخيص بالعلامات الواصفة للخناق قاطعة في معظم الاحوال بوجوده
غير انها قد تعدد مدة الحياة وانما فتح المولى هو الذي يظهر الداء وان كان غير
متوهم في الحياة ثم نقول بالاختصار انه كثيرا ما يقع الاشتباه بين الخناق
وبغيره من الاقاقات التي يئنه وبينها مشابهة قوية

فالاولا لا تختفي المشابهة العظيمة بين التهاب الحفري البسيط والقلالى
اذ لا تختلف اعراضها الا في شدة العوارض مع انه يصح ان يجعل من الصفات
الخاصة بالخناق الحالة الواثبة اذا كانت موجودة وصغير التنفس ولا سيما

إذا كان ذلك الصغير رنانيا ونوب الاختناق واما الالتهاب الحنجري فيوجد فيه
سعال قوى شبيه بالسعال الخناق الا انه يندر كونه صفيرا والصوت يصير ايضا
اجع الا ان درجة بجوحته انزل من بجوحه الخناق ولا يكون حادولا اهترازيا
اصلا واما الذبجة الحنجرية للغير نية فتتميز بثلاثة النفس

وثانيا هل ينبغي ان تعد الامراض التي سماها جرسان بالخشاقات الكاذبة
امراضا مخصوصة ونقول كما قال دوجيس يظهر ان معظمها منسوب لآفات
معروفة جيدا كالتزلة الرئوية اى ذات الرئة فان الانسداد الوقى للقصبة
والخنجرة فيها يوصل الى نوب غشي واختناق بالكيفية التي تحصل في السعال
الكلي الا في شرجه واحيانا بحري نسب هذا الخناق الكاذب للالتهاب الغلاى
البلعوى ومن المظنون ان بعض الاهداب الغشائية الكاذبة المنفصلة التي
تجذب زمنا فزمننا في المزمار بواسطة اخذ النفس ينشأ منها حينئذ بعض
اعراض من اعراض الالتهاب الحنجري واما الخناق الكاذب الغير المنتظم فانما
هو الربو الحاد للطبيب ميلار في هذه الآفات لا تبقى اعراض الخناق موجودة
خارج مدة النوب اعنى التنفس الصغيرى والم خنجرة والسعال الصغيرى
مع ان الذبجة الغلاية تسهل معرفتها بالبحث في القم الخلقى والتزلة الرئوية
قد تخبها احيانا بالجوحه وعدم الصوت وقد يتسبب عنها في بعض الاشخاص
السعال الزمان وقد يحصل منها في الايام الاول من مدتها نوب عسرت نفس
ولاسيما في الاطفال الصغار وينشأ ذلك اما من انسداد الرئتين او من تعب
في عضلات التنفس ويسمى ذلك بالتزلات الخنقة في الاطفال فهذه هي الآفات
التي قد يغش فيها من لا يمعن النظر ولم يراع فرق الصوت في السعال الذي يكون
فيه دائما بعض صغير في الخناق ولا اطلاق المزمار الدال عليه عدم وجود اللفظ
في الشهيق والزفير ولا غير ذلك واتفق حصول وباء نزلى رئوى فغلط فيه كثير
من الاطباء وظنوه خنقا

وثالثا الذبجة اللوزية قد يحصل منها تضايق في الحلق كاف لصيرورة التنفس شاقا
صفيرا وازالة الصوت واحداثه ضجيرا وقلقا بل واختناقا مهلكا قال دوجيس

ولقد شاهدنا هذه الحالة المهلكة في طفل عمره من سنتين الى ثلاث وظن كونه
خناقا مع ان اتفاح اللوزتين كان معروفا ولم يكن هنالك سعال
ورابعا الذبحة الاوذية نادرة في الاطفال ويسهل في البالغين معرفتها بالسعال
وخامسا السيل الخجري لا يتميز بامتزاج تاما عن الخناق المزمن الا بالعلامات المذكورة
فهي تتميز بهذا اوزال من هذين الداءين وشوهد من مات من رجوع السيل
الخجري ~~وهو~~ كان معه جميع علامات الخناق مع انه لم يكن معه في الطرق
الهوائية الا قروح لا غشمية كاذبة

وسادسا دخول جسم غريب في القصبة الرئوية يتميز عن الخناق بظهور
الاعراض دفعة ورجوع اعراض الاختناق وبالاحاساس بالجسم متحركا
في القناة الهوائية او ثابتا في محل منها والغالب مكثه في محل تفرعه وبعدم
وجود صفير التنفس في وقت السكون وعدم وجود الصوت الخناق في السعال
والجلى في الازمنة الاول من الداء

وسابعا السعال الكلبى يختلف بالذات عن الخناق بالسعال الذى لا يكون
الانغمة اعتيادية وبشبهاته القوية وبالشهيق الرنان المقطع لها وبعدم
وجود الاعراض الخجيرية في فترات الثوب وبالسعال المزمن المتقطع للداء
تقطعها ذاتيا

وثامنا الربو الحاد الذى نسبنا له ما سماه جرسان بالخناق الكاذب الغير
المنتظم يتميز عن الخناق الحقيقى بالسكون التام وعدم الذبول والهبوط خارج
زمن النوبة وبطول الفترات الفاصلة بين الاعواد وبعدم وجود الصوت الخناقى
في السعال ومع ذلك قد نعدم احيانا هذه الصفة المميزة الاخيرة بان يوجد هذا
الصوت فيكون الخناق الكاذب هو نفس الربو لكن يقال الم تعط هذه
الصفات لبعض الاختناقات الصاعقية اى الذى تأتى دفعة واحدة وتقتل
الشخص في النوبة الاولى اوفى النوبة الثانية قبل ان يتكون الغشاء الكاذب
وقبل ان يتأصل الاتفاح والاحتقان الا لنهاى في الغشاء المخاطى حتى يوجد
بعد الموت وهذا هو رأى الطبيب البيرس غير ان جملة من الاطباء الذين

شاهدوا

شاهدوا الربو حاداً وأخلاف ذلك

المضاعفات * الرأى الذى سلكناه فى طبيعة الخناق بمنعنا على ان نضع فى هذه المضاعفات الحمى النزلية او الالتهابية التى تسبق او تعقب الاعراض الخجيرية وتكون جزاً ذاتياً من الداء وربما كان مثل ذلك ايضا الحمى المعدية اى الصفراوية ويؤيد ذلك نجاح المقي ولكن الغالب كون تلك الحالة الصفراوية من المضاعفات واما الخناق النحاطى والعصبى فمن الواضح نسبة ذلك لحالة المزاج اللينفاوى او العصبى وما يشك فيه هو ان الخناقات الضعفية والغير المنتظمة التى ذكروها تنسب لحالة اخرى غير الضعف الطبيعى للشخص ويمكن ايضا ان تكون الحمى المصاحبة للداء شديدة جدا فيحصل عنها فى الدور الثالث اعراض ضعف حقيقى تضم على اعراض الهبوط الاعتيادى لهذا الدور فتقتل الانذار

والالتهاب الخجيري الحصى اذا كان خنقياً يختلف قليلا عن الخناق الاعتيادى ولا كذلك فى الجدرى والمرض العام لا يمكن اعتباره مضاعفا ولا شبيها بالحمى النزلية الخنقائية والبثور التى تظهر حينئذ فى باطن البلعوم او الخجيرة او غير ذلك تكون فى هذا الداء التهاباً يختلف عن الالتهاب الخجيري الغلالى الحقيقى وسند كرمائىة بذلك فى بحث الجدرى فى الكتاب الثانى وهنالك جملة من الامراض الموضعية تضاعف الخناق وتزيد فى ثقل انذاره سواء كانت ناشئة من الفساد العام مثله او اعتبرت من المصاحبات البسيطة ولنعبر من هذه المضاعفات اولا الالتهاب الرئوى الذى قد لا يدرك اذا اهمل القرع والاسماع وثانياً القلاع والذبحة الغلالية فى البلعوم وثالثاً الالتهاب المعدى الذى كثيرا ما يصحبه تكون طلاء لبابى او غشائى ملتصق بياض المعدة وقوامه يختلف من قوام الزلال السائل الى قوام الزلال المتجمد بالحرارة

العلاج * العلاج الحافظ للصحة لا يتم فعله الا فى الحالة الوبائية التى تستدعي اقتياد اطباء واقارب المريض فتبعد الاطفال حسب الامكان عن تأثير الاسباب المنسوبة لها الخناق ويمنع اجتماع الاطفال الاصحاء بالمرضى وان كانت عدوى هذا الداء غير ثابتة فهذه هى الوسائط الحافظة من الاصابة به والملابس

المناسبة لحالة الجو ينبغي الانتباه لها ايضا اذا كان الوقت مهددا بمحصول الداء
 ولكن بدون ان يحصل لهم من قتلها كرب وزعل ولا تكون مانعة من امتشاقهم
 الهواء الخالص ويحترس من قتلهم القبحا من الحر الى البرد وان لا يعرضوا
 لمصادمة الرياح اى لتباراى هواء كان والمعتادون على السكنى فى درجة حرارة
 مرتفعة يكونون معرضين ولا بد لآفات التهاية مخصوصة غير ان من الغلط
 المغم ما زعموه من استحسان حالة تفعل فى الاطفال يشجعون بها على مقاومة
 تقلبات الهواء وعدم اعتداله بان يجرؤوا على البرد من وقت ولادتهم فكثيرا
 ما شوهدت اطفال فعل بهم ذلك فاصيبوا بانفخاق فى سن السنتين
 فاذا كان طفل اصيب سابقا بهذا الداء ونجى منه كان الانتباه فى حقه
 للاحتراسات التى ذكرناها كدما فى غيره لان من المحقق سهولة عود الداء له فقد
 ذكرناه سبعة اعواد بل تسعة فى شخص واحد فى مثل تلك الحالة يكون من
 الحزم ان يعود فى مدة الشتاء على استعمال ملابس ناعمة من القلائيل مباشرة
 على الجلد وتبدل مدة الصيف بشياب القطن والكتان السميكة فاذا لم يوجد
 الاعراض الدور الاول ولم يكن فى هذه الظاهرات العامة صفة قطعية بمحصول
 الداء لم يلزم مقاومتها بعلاج قوى على ان وصف هذه الظاهرات بكونها مقدمة
 وتصور تبعيتها لهذا الدور يعينان على اهمال العلاج فاذا ساعدت حالة الجو
 على ظهور هذا الداء وان كان هنالك شك فى الاعراض التولية والحمية كان من
 الحزم عدم الاهمال اذ يمكن بالهمة والفاعلية المناسبة قطع الداء من اصله حيثئذ
 فالحمية والمشيروبات اللطيفة المعطاة بكثرة والاستحمامات الفاترة سواء الكاملة
 او الجزئية اعنى حمامات الاقدام والايدي والكبادات المرخية على الاطراف
 السفلى بل وعلى جميع الجسم بواسطة غطاء من الصوف يلف فيه الطفل ويغطى
 بخرق حارة هى الوسائط اللطيفة الخاصة بتسكين حالة الحمى ويلزم استدامة
 استعمالها وتجديدها فى الدور الثانى فاذا كانت الحمى شديدة وضع بعض
 علق على العنق او على الشرج فى الاطفال الصغار وفصد الذراع فيمن عمرهم
 سبع سنين فاكثر وبما تقع جدا المعرفات المائية والاستحمامات البخارية

اللطيفة الحرارة والمروحات الزيتية

فأذا وصل الداء الى الدور الثاني لزم ماعدا المعالجة النافعة للبنية عموما ان يعالج
الداء الموضعي والوسائط التي تتم هاتين الغايتين كثيرة قصد الذراع او القدم يؤثر
كعمل وكنتقص لكمية الدم فبذلك يعين على تخفيف عظيم والقصد الموضعي
في الاطفال الصغار ينتج سريعا نتائج عامة وتكون نتائج اقوى كلما كان
الطفل اصغر سنا ولذلك اذا وضعت علقه على قسم الخنجرة كفت لازالة الخناق
من طفل عمره ثمانية ايام وربما وقف بذلك سير الخناق الموجود وقت الولادة
بحيث يكون ظهور الداء وزواله في آن واحد ويكفي اربع علقات على جابي
الخنجرة لطفل عمره سنة بقريرا وكثيرا ما انتقاد الالتهاب الخنجري المصحب لوضع
العلق مرة وفي بعض الاشخاص احتيج لاعادته ثلاث مرات حتى ينيل منه حسن
حال مستدام وفي بعضهم لم يحصل منه الا تخفيف وقى ومنهم من لم يتأثر منه
اصلا والمحل الذي يلزم وضعه فيه هو بين العضلتين القصيتين الحليتين وعلى
طول حافتها المقدمة ويصح ان يوضع على القسم الحلي لتسكين الاعراض
الخفية التي قد تشاهد احيانا واما عدد العلق فلا تحدده وانما يختلف باختلاف
بنية الاشخاص وقوتهم وسنهم ولا يصح ان يجاوز العدد اربع اقبل سن سنة
ولاخر دوج ذلك الا اذا بلغ الطفل ثلاث سنين ونقول بالاختصار الاحسن وضع
مقدار قليل منه لا كثير في الحالة الاولى يكون ذلك دائما حيلة للرجوع الى
القصد بل يمكن ذلك بعد الوضع حال ابان ينبه سيلان الدم بوضع ضماد او كادحار
على لدغ العلق اما في الحالة الثانية فيضاف من قاذيته للضعف المستدام ومن
تعجيله وتنقيله خطر الدور الثالث فاذا كرر القصد الموضعي لزم زيادة الاحتراس
اكثر من الوضع الاول وتقليل كثرة القصد للدم الذي تحرك للخروج بذلك
وفي المساعدات المناسبة الضمادات حول العنق والمشبوبات المرخية والعاية
المأمورها كثيرا لكن بكمية يسيرة في كل مرة لتندية الخنجرة ومجاورها ما لم
يحصل من الازدراد نوب سعال

وقدمد حوا ايضا في الدور الاول في الابتداء استعمال المقيثات وهنالك جرعة

تسمى مضادة الخناق منسوبة لشوسبير وليست هي المجموع جواهر مقبضة
ولاشك في انه اذا كان اللسان مقهلا لمادة اى وسخا وسبق ظهور التهاب
الخجيري علامات اخر للتبليك المعدي ~~يكون~~ المقيء عظيم النفع اما لكونه
يقطع التضاعف المم او انه بلاولى يزيل الفساد العام الحافظ للالتهاب متعلقا به
قال دوجيس قدراً شامرات كثيرة تقعها واضحا خصوصا في الحصابات
مع الالتهاب الخجيري لكن تظن ان من الخزم دائما الابتداء بالقصد ويكون
من غير القانون ان الم يكن خطرا تكرر التقاى مرة او مرات في اليوم كما قال
ذلك لاهنك قال دوجيس والظاهر ان الايكا كوانا افضل من الطرطير المقيء
ويكون شرايها ومنقوعها من الادوية اللطيفة الغير المؤذية حتى وان كان هناك
التهاب معدى قليل الشدة ولا حاجة لان نقول انه يلزم الاقتصاد في كل منهما
اذ ادل احمرار اللسان وحساسية القسم المعدي اى تألمه وحرارته ونحو ذلك
على ان المعدة ملتهبة جدا اما ما عدا هذه الحالة فيجوز ان يحصل من تكرار المقيء
تكرارا غير فاحش نوع آخر من المنفعة كما تنفع الميسنات اى المسهلات الخفيفة
ففعاقويا قلها في الحالة الالتهابية نتيجة مصحح ان تعتبر محولة او مفرغة اى مقلة
لسوائل الجسم بسبب ما تفعله من الاستفرغات فيجوز ذلك تأمر بزيت اللوز
المخلو بمزجاً بشراب الورد الكالنج اوزهر الخوخ وبالشكوريا والمن اصابع
ونحو ذلك ويمكن ان تعطى هذه كلها حقنا اذا عسر على الطفل ازديادها
او خيف الدفاع عنها من المعدة

فان اهمل ذلك العلاج اولي يحصل منه ثمرة ووصل الداء الى وقت لا تنفع فيه
للموسائط المذكورة كأن قرب الى زمن الهبوط اى الى الدور الثالث او وجدت
الاعراض الواصفة لهذا الدور لزمت تحصيل واسطتين جديدتين احدهما تهيج
الجلد والتهاب له يحصل في الحالة العامة للجسم وفي حالة الخجيرة تغيرات نافعة
وثانيتهما طرد مستنجات الالتهاب فيقول بذلك المتعب الحاصل منها المجتمع
مع التعب المتسبب عن قضائى المزمارة
فاما اولاً فتكتفى هنا بان نذكر منافع الادوية الجاثمة ومضاهها بدون ان نذكر

البيان التعليمي لفعلها وقد جعل كثير من الأطباء استعمال هذه الوسائط مناسبة
نافعا بحيث تجاسروا على وضعها في جميع الاحوال وجميع الادوار وتقول من
الواضح ان فعلها في ابتداء الدور الثاني وفي الثالث انما هو تزايد الحمى والحالة
الالتهابية وذلك معروف من الزمن الذي اشتغل فيه بمجئني بالبحث عن الحرائق
والافراط في استعمالها الى وقتنا هذا وهذا الخطر يكون مهلكا اذا وضعت
الذراريح قرب الحمل الكثير التهيج او غطي القسم الخفيري بلزقة منقطة او احيط
العنق بشرط جائب اما اذا وضعت بعيدة عن الحمل الاصلى للداء فانها قد تكون
نافعة وذلك كحلمات القدم الحارة والخرولية والزرق الخردلية والمهاجم
الحافة ونحو ذلك ومنفعة هذه الحممرات حينئذ حتى في سير الدور الثاني هي انها
تبعد وتضعف نوب الاختناق وقد شاهد دوجيس مثل هذه النتيجة الحميدة
من وضع لزقة خردلية ضيقة في العرض على شوك الظهر ويلزم ادخال استعمال
الحرائق قرب ظهور الدور الثالث وبما كان وضعها بعيدا بمسافة ما عني
الخنجرة اولى من وضعها على نفس هذا القسم كذا قال لاهنك وقال دوجيس
لا اشك في ان الداء كثيرا ما اشتد وزادت اعراضه حتى اهلك الطفل في اقل من ثلثي
عشرة ساعة بسبب وضع الحممرات كروح التوشادر ونحوه على الجزء المقدم
من العنق فتولدت من ذلك شبه حمرة واسعة

وقد ذكروا ادوية من هذا النوع ولكنها شديدة القوة عن ذلك ايضا فنهى المكي
بالشارع على القسم الخفيري وتلك واسطة مدخرة للخنق المزمن ومنها غمس
المريض في حمام محلول فيه دقيق الخردل وتقول الميخس الذين يفعلون ذلك
من ان يعقب التخفيف الوقعي الناتج من ذلك تضاعف في العوارض بسبب
التهيج العام الذي هو نتيجة لازمة لعملية شاقة كهذه والتهيج القريب المستقيم
الحاصل في الطرق الهوائية من الاخنجرة الخارجية من الحمام المذكور فذلك
واسطة لا تناسب الا في الدور الثالث وتكون هي آخر الوسائط كما يقال
اخر الطب المكي

واما نائسا فاندفاع الغشاء الكاذب في الخناق لا يلزم الاجتهاد فيه الا على سبيل

التسج للعلاج الخاص باتلاف اصل الداء نفسه وينبوع جميع القوارض
وهامى الطرق المختلفة التى استعملت لتخليص الحنجرة من الجسم الغريب
المتكون فيها

الاول منها انه يمكن تنبيه النفث بآرد راد بعض اذوية كالمستحضرات العنصلية
والايتيوية واستنشاق الابخرة المائية او الممزوجة بقليل من الخل وتلك
واسطة يستدعى استعمالها اتباها وتقطنا عظيمافانم اتزيد فى عصر التنفس
وربما نتج عنها تجديدمع اذا استعمل منها جواهر شديدة التنبيه كالخل الخالص
والكلور ونحو ذلك بخلاف القر من المعدن فانه ينتج من استعمال قمعة منه
فى اليوم قش كثير مخلوط باهداب غشائية يحصل منها تخفيف ظاهر ويحرض
هذا النفث ايضا بنغمشة الحلق وبوضع جواهر مهيجة مخلوطة بالعسل كالحض
مرياتيک وكبريتور البوتاس اذا وضع على اللهاة والبلعوم ولسان الزمار
بواسطة قلم رسم وتلك عملية لاتسلم من الخطر وهو تشنج الزمار فلا يحصل منها
الا التعب وانزعاج المريض ويظهر انها غير نافعة

الثانى التقاى انخالى عن الانزعاج والاضطراب المحرض بلقيشات المستعملة
بمقدار يسير كشراب الايكا كوانا والطرطير المقي الممدود جدا بالماء وكبريتور
البوتاس بكمية من قمعة الى قمعتين وبصل العنصل مسحوقا ونحو ذلك
فان هذه كثيرا ما تحرض خروج السوائل والمواد المخاطية فتجذب معها عند
اندفاعها ندفا من الاغشية المخاطية الاتية من الطرق الهوائية واما
المعطونات التى تنفخ فى انف الطفل بواسطة ابوبة فيظهر انها عديمة النفع
اذا كان الانزعاج الذى يحصل منها لطيفا وتكون خطرة اذا كان قويا
فلا ينال منها على كلا الحالين النتيجة المطلوبة ولا سيما اذا وصل الداء الى الدرر
الثالث ومع كل ذلك لا ينبغي اهمالها بالكلية لان ثقلها يحتمل وانزعاج اغضاء
صدر منها قد يعين على اندفاع تلك الاغشية

الثالث هناك تخيل قاس لكنه بديع وهوان يذهب باسفةجة موضوعة فى طرف
قضيب قابل للاندناء حتى تصل الى الحنجرة كما فعل ذلك دويترن غيران هذه

الواسطة عمرة العمل وما عدا ذلك يصح ان يكون من عيوب هذه العملية
ان الاغشية الكاذبة بدل ان تجذب الى الخارج تغور حتى تدخل في القصة
الرئوية فتحدث اختناقا قريب الوقوع

الرابع الشق القصبي الذي اضر به كثير من الاطباء وهو علية مهولة بالنظر
لنجاحها ولا تكون الا آخر الاعمال وذكر بعضهم انها فعلت في الخناق
كما فعلت في غيره من وقوف الاجسام الغريبة في القصة لكن وبما منع من
فعلها عدم وجود صفات محققة يستفاد منها ان التجمدات الغشائية لم تمتد
للسحب والا كانت العملية حينئذ غير نافعة والموت محققا ونقول هذا صحيح
غير انما حينئذ تطيل حياة المريض زمنا ما كما يدل على ذلك الامور الواقعية
التي علمت فيها قد شوهد من عاش يومين او ثلاثة او اربعة بعدها ونجحت مع
منوار ايضا وفعلها بریطونوس ثلاث مرات اولاهن لم تنجح والمرتان
الاخريان فعلهما نجاء اعين الطيبه جرسان في آخر درجة من الخناق
وطالت حياة المرضى مدة ساعات وبالمجمله فهي لا تخلو عن الخطر فينبغي
ان لا تعمل الا في الدور الاخير من هذا الداء اذ الم يتبع غيرها من الوسائط وكان
المريض في حالة نزاع فاذا كان الطفل في ضعف فانه جاز ان يموت في مدها
او بعدها حالا ويلزم الامتناع عنها متى كانت الصفات الحقيقية الواصفة
للخناق غير زائدة الوضوح او مشكوك فيها او كان الخناق مضاعفا بدرجة
غلاية بلعومية شديدة جدا او كان هناك اتفاخ عظيم في العقد الابطية او كانت
متقيحة لان هذا التقيح كاف لاهلاك المريض او كان مضاعفا بالتهاب الشعبي
او البلوراوى او الرئوى لان زيادة دخول الهواء في القصة ينقل هذا التضاعف
فيكون دائما مهلكا وتكون دلالة العملية جيدة اذا جاوز الطفل زمن
التسنين الاول فان العملية حينئذ تصير اقل تعسرا ولا يكون معرضا لشق الغدة
الدرقية ولا الغدة المسماة بالتي موس لان القصة تكون حينئذ اكثر راحة
والاطفال الصغار يكونون اكثر تعرضا للتشنجات في الدرجة الاخيرة من
الخناق قال جرسان قد شاهدت هلاك طفلين حالا بمجرد ادخال ملعقة

في فهم الاجل خفض اللسان والبحث في البلعوم فبالضرورة يكون الخوف من مسكهم لاجل العملية اعظم اذ يحرض ذلك فيهم نفس هذه العوارض لكن هذه الاسباب ليست كافية لهجر العملية بالكلية في الاطفال الصغار جدا لان هناك وجها للنجاح فان الغشاء الكاذب لا يمتد عادة فيهم الا لفوهة المزمار او للحجرة بحيث ان حالة العملية فيهم تكون كالتها في اوديا المزمار ولاجل تأكيد نجاح الشق القضي يلزم بعد شق ثلاث حلقات اواربع من القصة مع الاحتراسات المذكورة في محلها في القطع الشعبي ان يغمس في القصة جفت مخوف لتمسك به اهداب الغشاء الكاذب بل من النافع ايضا ان تكون كثيرة الضيق والطول حتى يتيسر مسكها الى تفرع الشعب ويصح ان يتم ذلك بصنانير صغيرة مخوفة وقد يتفق ان الاغشية الكاذبة تنفصل من الحنجرة والقصة وتسقط في محل التفرع المذكور وذلك هو ما وقع لجرسان في عملية علمه في مارستان الاطفال مع انه قطع ثلاث حلقات من القصة وادخل الجفت مرات كثيرة فلم يتيسر له مسك هذب غشائي ولا قذفه الى الخارج ولما فحمت جثة الطفل وجد ان الاغشية الكاذبة انفصل جزء منها وسقط على الزاوية المتكونة من تفرع الشعب ثم اذا لم تنفع الجفوت ولا الصنانير المخوفة يصح ايضا ان يدخل من الاعلى من الحنجرة ومن الاسفل من الشعب اسفجة مثبتة في قضيب من القيطس شبيه بما استعمله دويترن لفصل الاهداب الغشائية المتصقة وهذا الادخال المتكرر في القصة الرئوية ليس عسرا ولا خطرا لان القصة ليست شديدة الحساسية كسدة حساسية الحنجرة وخصوصا المزمار فاذا فعل ذلك الادخال بسرعة كان قليل الالام ولا يوقع حياة المريض في خطر قال جرسان اتفق اني حضرت عملية شق قضي فعلها ما جندى فكرر ادخال ريشة برغهام من اعلى شق القصة واسفله بدون ان يظهر من حالة المريض تألم وبغير هذه الوسطة لا يمكن فصل الاهداب الغشائية المتصقة التصاقا متينا بالغشاء المخاطي انتهى

وذكر بليار على صورة السؤال مانصه ايليق حينئذ ان يفعل ما اوصى به

بر يطونوس من فتح القصبة ثم المزور بقلم رسم ذر عليه مسحق الكلو منيلاس
 او الشب لاجل اتلاف وسقوط الغلالة الغشائية ثم قال لم تؤكدي التجربة
 قوة هذه الواسطة بحيث اجعلها من الوسائط الرئيسة فلا أقول بجواز فعلها
 الا اذا لم ينفع غيرها من الوسائط المعقولة فاني لانسى ابدا ما اتفق اتني دعيت
 مرة لبنت صغيرة في اليوم الثالث من اصابتها بالخنق فعالجتها بمضادات
 الالتهاب القوية فلم تغد شيئا ولا زالت البنت آخذة في الانحطاط وقرب الاجل
 ساعة فساعة وكان ابوها من الممارسين اصناعة الطب قههرني بسبب بأسه
 على استعمال هذه الواسطة الجديدة التي اوصوا بها من زمن قريب لعلاج
 الخناق فاخذت قضيبا من القيطس ووصلته بقلم رسم غمسته في محلول مركز
 من الشب وادخلته في الخجيرة والقصبة فعند ذلك حصل للمريضة حركات
 عنيفة تشجبة بعد ان كانت ساكنة هادئة وماتت بين يدي في اقل من خمس
 دقائق فتلك الطفلة وان كان داؤها قبل العملية مستدعي الهلاك كما الا انه
 انطبع في ذهني اني كنت السبب للتعجيل فا آيت على نفسي ان لا ادخل دواء
 في قصبة متحجرة من طفل ابدا انتهى لكن قال اوليبر عندنا الان
 في المشاهدات الطبية ثمانية عشر مثالا للشفاء من ستين عملية فعل فيها الشق
 القصبي على مقتضى ما وصى به بر يطونوس فكان ذلك مسوغا للاقدام عليها
 وسما اذا وصل الداء لدوره الثالث وكان السعال نادرا وباسا جدا
 والصوت معدوما والخرخرة الخجيرية القصصية جافة والتنفس عسرا متواترا
 مع انقباض شديد في عضلات العنق وجناحي الانف وارتفاع البطن كما قال
 ذلك جرسان وعلى رأي الطبيب تروسوياد بفعل الشق القصبي ما يمكن
 فموجب ذلك بفعل من ابتداء الداء متى تحقق وجوده قال لانه ثبت بالتجربة
 ان لا يفقد الا واحد من عشرة اذا فعات العملية قبل ان يتكون التجمد الغشائي
 في غير الخجيرة اما اذا فعات في اطفال غطيت شعبيهم قبل ذلك بتلك التجمدات
 فلا يشفي الا واحد من عشرة وبعد شق القصبة يدخل في فوهة الشق الالة التي
 سماها هذا الطبيب بالموسعة وتشبه الخنث الاعتيادي لعلاج الجروح وهي

منخنية على سطحها ويوجد في طرفها مهماز بارز الى الخارج معدلان يتكلم
في شفتي القصبة فتدخل تلك الالة مطبوقة في شق هذه القناة فاذا صارت فيها
فتحت بلطف ثم تترك في القصبة مادام الغشي الذي يتسبب عادة عن العملية
موجودا وحتى تدخل الانبوبة التي ينبغي ان لا توضع بعد العملية الا بعد عشر
دقائق او عشرين وينبغي تنظيف القصبة والشعب قبل ادخال هذه الانبوبة
وكي الغشاء المخاطي المغشي لهما وهذا الجزء من العملية اعنى التنظيف يعمل
بالالة صغيرة اخترعها بريطونوس وهى شبه ممسحة كمسحة المدافع تزال بها اول
المواد المخاطية التي تسد القصبة فلاجل ذلك تقمس بسرعة الى ثلاثة قراريط
او اربعة او خمسة بل ستة ايضا فاعلام ذلك حركة استدارة وينبغي في الابتداء
ان تتدى الاعضاء من الباطن بنحو نصف ملعقة صغيرة من ماء فاتر او بارد
ليسهل ازالة الغلالة المخاطية بعد ذلك فينكشف الغشاء المخاطي فيكون
يعمل ذلك الكي بكيفيتين اما باللمس او بالسكب قطرة قطرة فالكيفية الاولى
تعمل بان يمر على جميع نقاط الغشاء المخاطي الذي يراد مسحه باسفنجة مبتلة من
محلول ثمان عشرة قعمعة من نترات الفضة في درهم من ماء مقطر ويلزم تكرار
الكي اقله ثلاث مرات في اليوم الاول وثلاثا في اليوم التالى والكي بالتقطير
يعمل بسائل مركب من اربع قعمعات فقط من نترات الفضة في دوهم من الماء
المقطر قتلا ريشة اوزة من السائل ويصب منها في القصبة وقت اخذ النفس
ثم بعد ذلك حالا يقطر فيها من الماء وتمسح بالمسحة مرات كثيرة ويلزم تكرار
هذه الكيفية مرتين او ثلاثا مدة ثلاثة ايام وتلك الكيفية اقل وفوقها السابقة
التي هى مناسبة عموما في اغلب الاحوال

فاذا اريد كي القصبة والشعب معا ادخل في فتحة القصبة انبوبة قطرها يكون
دائما اقله مساويا لقطر من مار الشخص ثم يمر بخيطين في العينين اللتين هما
في فتحة الانبوبة وتثبت بذلك تثبتا متينا في عنق المريض ويلزم دائما ان تقمس
الانبوبة في القصبة خمسة خطوط اوسنة ويوجد في للكتب الحديدية اشكال
مختلفة للإنايب التي يمكن استعمالها بعد الشق القصبى يطول بنا المقام لو ذكرناها

ولنرجع

وليرجع لعلاج الخناق في الدور الثالث ففيه وان كان رجاء الشفاء قليلا والانتذار
 قليلا لا ينبغي ترك العلاج بالكلية وانما يعالج الطفل بما يعالج به في الدور الثاني
 فاذا كانت اعراض الاسفكسيا هي الواصفة لهذا الدور وانضمت مع اعراض
 الهبوط الضعفي استعملت الاستحمامات الخردلية والكرواية والمحمرات على
 سطح الجسم والمقويات والجواهر المرة حقنا وذلك بانحو صبغة الكينا ونحوها
 واما الخناق المزمن فالقواعد الرئيسة لعلاجها هي الحرارة ريق والكوايات
 الاعتيادية والتقيحات الجرحية التي تتبع سقوط الحشكريشات والطارادات
 للنفث كالادوية البلسمية والعنصلية والاتيونية والتدبير الغذائي اللطيف
 المناسب كاللبن مثلا والاستحمامات زمنافز منا واما الافصاد فلا تنصير نافعة
 الا اذا رجع الداء باعراض شديدة ما حصل في اعراضه شدة قوية
 فهذه هي المعالجة القانونية المعقولة للخناق وينبغي ان تراعى ايضا حالة
 الامراض التي تضاعف الداء وتوجد معه وتنوعاتها الناشئة من بنية المريض
 فيعالج كل منها بما هو مذکور في بابها كالالتهاب الرئوي والسعبي
 والمعدى ونحو ذلك وكذا يراعى تسليط المزاج فيعامل كل بمقتضى قواعده
 المعروفة عموما كتقليل الاستفراغات الدموية في الاطفال اللينفاوين
 والعصبين والمبادرة بالمقيحات والحراريق عكس ما يستعمل في الدمويين
 الاقوياء

وطعن دوجيس في ادوية ذكرها العلاج هذا الداء مؤسسه على مجرد تجربات
 كضادات التشنج وكبريتورالبوتاس والطرطير المقيء والمستحضرات الزينية
 والنوشادرية وصب الماء البارد لكن قال بليار ولا بأس بعد استعمال مضادات
 الالتهاب ان توضع الحراريق على الساقين والفخذين او تفعل مروحات من
 الاطلية النوشادرية او المرهم الطرطيري على الاجزاء السفلى من العنق فقد
 اتفق انه شفي على يدى طفل عمره خمسة عشر شهرا باستعمال وسائط عملتهاله
 وذلك انى بعد ان قصده فصد موضعا جللة مرات ووضعته في حمامات
 واسهلته بست قمحات من الكلو ميلاس امرت له بشرب الايبكا كواتا فاعقب

ذلك سريعاً نقشاً كثيراً وقياً وجدت فيه اهداباً غشائية وبعد ثلاثة ايام
متابعة بهذا العلاج زالت من الطفل اعراض الخناق غير ان صياحه بقي
دائماً مخفياً وعندى امثلة اخرى ثبتت منفعة الكلوميلاس المأموره بكمية
متكررة من ابتداء الداء ومن ذلك اجزم بان هذا الدواء يسبب زيادة وتوسعاً
في افراز الاغشية المخاطية فتتهري بذلك من الغللة المتكونة على سطحها
غير ان هنالك امر انبهك عليه وتنبئ عليه منفعة هذا الدواء وهو ان الاطفال
الصغار الذين لا ينقشون اى لا يخرجون النفث بل يزدردون جميع ما وصل
لهمم الخلقى يكون تأثير الزيت الحلو فيهم هو انه كما يفصل الغللة منهم يحرض
اندفاعها مع النفل ايضا وقد تخرج من تأثير هذا الدواء على هيئة انبوبة مع المواد
النفلية واحياناً لا توجد منها الا بقايا ناتجة من تقطيع هذا الدواء لها ومن طمئنها
عند مرورها في القناة الهضمية ثم قال وما استعملت الكلوميلاس الا بكمية
من ثمان عشرة قطعة الى عشرين في الاربع والعشرين ساعة ورأيت ان ذلك
يكفى لانالة النتيجة المطلوبة وأمر مع ذلك ايضا بحقنة مسهلة لان من الثابت
ان المريض اذا كان معه امساك المدة استعماله للعلاج الزيتي خيف عليه من
حصول التلعب وغيره من عوارض الزيت والعادة ان هذا الملح يحرض برافاً
اخضر سائلاً كثيراً جداً ويحصل منه قليل قولنج ولا يزيد في شدة الاعراض
العامة التي تصاحب الخناق والطبيب جرسان كثيراً ما مرضه بالعسل غير اني
رأيت ان قوام العسل يصير الازدراد احياناً بطياً خصوصاً في الاطفال
المنسد بلعومهم وخضرتهم بمادة مخاطية كثيرة وينسب لكث هذا الجسم اللين
في محاذاة الطرق الهوائية صبرورة التنفس اكثر اختناقية وها هو التركيب
الذي امر به فيؤخذ من صمغ الكثيرا عشر قممات ومن الماء المقطر اوقيتان
ومن الكاكاو الاول اعنى الكلوميلاس عشر قممات ومن كل من شراب
الشكوريا وشراب الالبكا كوانا نصف اوقية ومن ماء زهر البرتقان درهم وكلما
اريد استعمال هذا المخلوطين يخفض ويحرك ويعطى منه ملعقة صغيرة في كل نصف
ساعة ومع ذلك لا التجأ لهذا الدواء الا بمعونة الوسائط المضادة للالتهاب

كوضع العلق في محاذاة الحنجرة والقصبية بمقدار مناسب لسن المريض
وكالوضعية المرحية والمشروبات وبالاختصار اظن انه لا بأس ان يستنبح
اولا انه لا خطر في استعمال بروثوكلورور الزئبق بكمية من ثمان عشرة قطعة
الى عشرين في اربع وعشرين ساعة للأطفال المصابين بالحنثاق وثانيا
ان هذا الدواء يساعد بقوة على نتائج الاستفرغات العموية مع ان هذه
الاستفرغات يقاوم بها الالتهاب والملح الزئبقي يطرد النتائج منها الى خارج
البدن وثالثا انه لو فرض في استعمال هذا الدواء خطر ما زلنا ان يكون الوقوع
في خطره احسن من ترك الطفل لخطر اعظم من ذلك وهو تعريضه لخطر الداء
المهول المصاب به فجميع الاحوال استعمال هذا الكلورور الاول المصنوع
بالبحار المائي اقل خطرا من ترك المريض

قال اولفير وبعد ان الف بليار كابه الذي ذكر فيه ذلك اتفق له انه شاهد
مرات كثيرة نجاح تأثير الكلوميلاس في معالجة الحثاق والذبحة الغلالية
حتى انه الف رسالة في خصوص ذلك والطبيب جرسان اشار ايضا بمثل ذلك
تقريبا وظن انه يلزم ان يعطى بكمية مغيرة اى تسبب تغيرا في البنية غير
محسوس بدون ان تعرض استفرانا لان يراد منه كونه محمضا النتيجة
مسهلة فانه اذا اسهل شديدا اضعف المريض وذلك ينبغي الاحتراز منه
فلاجل التحرز من هذا الخطر اشاوبان لا يؤمر بالكلوميلاس الا بكمية صغيرة
جدا كسوية كربع قطعة او نصفها في كل نصف ساعة او في كل ساعة ويخلط مع
عجينة الخبثية او الصمغ المسحوق او السكر او المرببات فاذا لم يحصل من هذه
المقادير الصغيرة نتيجة اسهل خفيف زيد في مقداره ولكن بمثل تلك الكيفية
ثم قال جرسان فالمستحضرات الزئبقية وسائط علاجية لا ينبغي اهمالها
في الحثاق المحقق اذ لو دى الطبيب للمريض من ابتداء الداء وكانت الاعراض
غير مشددة والمريض غير زائد الضعف وشاهد شفاء الحثاق ثلاث مرات من
تأثير ذلك الزئبق وفي حالة من تلك الاحوال انقطعت العوارض لوقتها من
ابتداء التلعب وينبغي مع استعمال التبريح على جانبي العنق وفي الابطين

والاجزاء الانسية للذراعين وخافة الاسناخ ان يستعمل مع ذلك الكوميلاس
من البساطن انتهى

المبحث الرابع في الذبحة الاوذيمياوية

كثيرا ما يوجد في فتح جثث الاطفال الذين كان معهم حال الحياة اعراض الذبحة
انتفاخ اوذيمياوي يختلف عظمه بدون ان يوجد فيهم في محل ذلك الانتفاخ
التهاب واضح والصفات والعلامات الخارجة لهذه الافة ليست جيدة
المعرفة وانما يوجد كافي الذبحة الانتهاءية تغير في الصياح عميق واما العلامات
الاخر فتكون اعسر معرفة كلما كان عرض الاوذيميا لاطفال اكثر عرضا وقربا
للموت وبموجب ذلك لا يوجد في وظائفهم نمو واضح حتى تكون التكررات
التي تعرض لهم ظاهرة للمشاهد وينبغي ان ينبه على ان كثيرا من الاطفال
المصابين باوذيميا المزمار يوجد معهم ايضا اوذيميا في المنسوج الخلوي المنسوب
لاجزاء مختلفة من الجسم وصياحهم الذي هو غير منتظم ونحفي غالبا وغير تام
يكون تخفيا كيعار المعز ولذلك سمي بليار هذا النوع في الصياح بالصياح
المعزى قال وقد شاهدت هذه الظاهرة المخصوصة في ثلاثة اطفال مصابين
باوذيميا المزمار وها هو مثال من ذلك

وهو ان طفلا عمره يومان وكان قوى البنية خيران جلده كالخ اللون كما كان سابقه
وقدميه اوذيمياوية دخل المارستان في الثالث عشر من اكتوبر وصياحه
شاق متعب اختنا في كانه نحفي يشبه الصوت الاتي من مرور قوس الرباب
على اوتارها مرورا دينا وكانت اطرافه باردة ونبضه بطيا صغيرا خفيا
وفي الرابع عشر ظهر في جسمه برقان عام مع الاعراض السابقة بعينها (علاجه
الماء السكري والبن المزوج) والتزم الطبيب بارون بسبب مامعه من التعسر
الزائد في التنفس وحالة الاحتقان العام ان يضع له علقمة تحت كل ابط فنقص
بذلك احتقان الجلد الا ان الوجه بقي وحده شديد الاحمرار بنفسجيا وكانت
حالة الصياح كالسابقة وفي السادس عشر ظهر دفعة على خده الايمن كدم

ينفسجي امتد الى الشفة العليا حتى صارت مجلسا لا تتقاخ اوديمياوى عظيم
 واستقر صياحه بالكلية وصارت ضربات نبضه بطيئة خفية بحيث لا يمكن عدّها
 وخرج من فمه واقعه مواد مخاطية رغوية فحينة دموية ثم مات في المساء
 وفي فتح جثته وجد القم سليما واما الزمار فكان فيه انتقاخ عظيم اوديمياوى
 ووجدت الجدران الجاهلية للعنصرة مبيضة منتفخة بحيث تلامس بعضها
 ولما وخرت بسن المشرط لم يخرج منها ماء وكان المادة المصلية تجلثت
 في النسوج الخلوى الذى تحت الغشاء المخاطى ووجد احتقان واضح في الحافة
 الخلفية لكل رنة وبقيّة اعضاء الجسم ليس فيها ما هو عظيم الاهتمام وانما كانت
 الكبد شديدة الاحتقان بالدم والصفراء كثيرة مسودة فهنا وجد توافق يحتاج
 للتنبيه عليه بين اوديميا الاطراف وسطح الزمار ووجدت ايضا نسبة بين حالة
 الدورة والرشح المصلى الذى ذكرناه من مراعاة تلك الظواهر المختلفة مع التغير
 الخصوص للصياح في طفل اجزاؤه الخارجة اوديمياوية يمكن ان يستنتج وجود
 هذه الذبحة قال بليارد شاهدت الذبحة الاوديمياوية في اطفال متقدمين
 في السن وبعد ان وصلوا الى حالة هبوط زائد حصل لهم في الازمنة الاخيرة من
 حياتهم ترشح مصلى فكان معهم مع ذلك اوديميا في اجزاه مختلفة من جسمهم
 فثم من كان صياحه مستورا ضعيفا غير تام ولا يمكن لا يوجد اصلا في النغمة
 النوع الخصوص الذى شاهدناه في الطفل الذى هو موضوع المشاهدة
 السابقة فيظهر ان الصياح المعزى يكون اندر واعسر مشاهدة كلما تقدمت
 الاطفال في السن

وعلاج هذه الافة لا يوجه نحو مجلس الداء نفسه فقد شاهدنا ان الذبحة
 الاوديمياوية للطفل الذى في المشاهدة السابقة كانت مصحوبة باحتقان رثوى
 وضعف زائد في الدورة فاذا نيلزم ان يجتهد في مقاومة كل منهما بالوسائط
 المناسبة له وسنذكرها فيما يلى فاذا زال السبب انقطعت النتيجة ومن العسر جدا
 علاج اوديميا الخجيرة العارضة للاطفال المهزولين المنهوكين بافات مزمنة
 لان سببها الواضح حينئذ ليس دائما هو تعطل الدورة او وقوف الدم في باطن

اعضاؤها وعضاء التنفس فيلزم في هذه الحالة تحريض تحلل الاوديما بالذلك
الجفاف او العطري الذي تعان تمايجه بالتدبير الحصى والتغذائي المناسب لحالة
الطفل قال بليارولا اشير بادخال البخرة عطرية في الطرق الهوائية لان ضيق
الخنجرة والقصبة والاستعداد العظيم في الاطفال الصغار لتشنجات هذه
الاعضاء يعارضان بالطبيعة استعمال هذه الوسائط التي لا تنتج حتى
في البالغين الاتساع غير يقينية وقليلة الوضوح
ولا حاجة لنا ان نذكر شر ما يخص الامراض القصبة فان شرح اعراضها
موجود في شرح امراض الخنجرة او الشعب على انه يعسر في الاطفال الصغار
ان يمشخص المجلس الحقيقي لامراض الخنجرة او القصبة واما في الاطفال
الكبار فلا يختلف عن ما في البالغين

المبحث الخامس

في ضخامة الغدة الدرقية في المولودين

من المعلوم ان هذا الجسم اعنى الغدة الدرقية من تواج الخنجرة والقصبة وان
وطيقته مجهولة وقد ثبت بليار في بعض كتبه انه يندر ان يحصل فيه شيء من
التغيرات الحقيقية قال اولفير قد رأيت هذا الجسم قد رجمه الاعتقادى ست
مرات في جنين ولد في السابع ومات عند ولادته فكان له امام العنق هيئة
ذقن فان مستدير موضوع على قمة الصدر ظلت تلك التضخمة الحقيقية
شديدة الندرة واعظم مثال لذلك ما شاهدته جوليوس في طفل مولود
فكان ذلك الجسم كورم ممتد من الاذن الى الخد الايمن حتى وصل لحافة
الاضلاع وكان ذلك الورم معلقا امام الصدر وكان قد فتح شعبي خلقى حقيقى
لانه متصل في العمق بالقصبة الرئوية وكان حجمه يزيد من كل جهة حينما يصيح
الطفل وفي حالة الشهيق اى اخذ النفس ويهبط راجعا على نفسه عند الزفير
اى ود النفس وحينما يكون الطفل ساكنا تهدأ ولم يتكلم جوليوس على
علاج هذا الورم وظهر بعض الاطباء ان المتاسب في مثل تلك الحالة ان يوضع
على سطحه اوضاع روحية قابضة حتى يرجع منسوج الورم على نفسه ويتمنع

تقدمه وبساطه فاذا لم يتناقص بذلك نموه لزم فعل شقوق عميقة فيه ليرمنها
الهواء باطلاق وتكشف القوة الغير الطبيعية للقصبة وذكر جوليوس حالة
اخرى لذلك الفتق الشعبي الخلق وكان الورم كبير الحجم مكونا معظمه من تمدد
الفتق الذي كان منتفجا جدا وربما اضطر لا متصال تلك الاورام اذا زاد حجمها
وعظمها فيما بعد واتصال باطن النوع الاول من الورم بالقصبة الرئوية وربما
استند على رأى بعض الاطباء الذين قالوا انهم شاهدوا قسما او قسما من جاعلة
اتصالا بين الجسم الدرقي والحنجرة او القصبة وشوه هذا احياها هذا الجسم
منقسم الى نصفين منفصلين عن بعضهما وتلك الحالة توجد في الحالة الاعتيادية
في الغليذوات الثدي

القسم الثالث

في امراض الجزء الصدرى من الجهاز التنفسي
يشتمل هذا القسم على امراض الرئة والشعب والبلورا ففى هذا القسم فصول

الفصل الاول

فى نمو هذه الاعضاء

لا يلحق ان تترك الكلام هنا على نمو التجويف الصدرى لانه مشتركه قوية
فى وظائف التنفس بسبب حركته المتع بها فان اتساعه وتضيقه المتعاقبين
يعينان اعانه قوية على اتساع الرئتين وعموب تكونه لها تأثير على فعل
التنفس فلذلك نمو الصدر والرئتين معا فى آن واحد ففى الازمنة الاول من
وجود الشخص لا يكون الصدر الاتجوىضا ضيقا جدا وجدرانه فى الابتدء
زائدة الرقة بحيث لا تكون الاغلاية قابلة للامتلاء ويرسم فى مركزها انصاف
دوائر مبيضة تكون فيما بعد هى الاضلاع وكلما تقدم الجنين فى السن ونمت
الرئتان يزيد الصدر فى الاتساع فيعظم تجويفه ولا سيما من الاسفل لان البطن
فى الابتدء يتكون منه وحده معظم حجم بدن الجنين ويرسم على الجدارين
الجانبين من الاعلى لهذا الصدر تتوان صغيران مستديران فيما بعض
بروزهما اصل الذراعين والجزآن الجانبيان لا يذهب احدهما نحو الاخر بل

يقيان متباعدين ليتجان التجويف الصدري الذي يكون في الابتداء مفتوحاً
 ثم ينسد وينقي دائماً على هذا الانسداد ما لم يحصل فيه عيب من عيوب التكون
 وفي وقت الولادة ينكسب الصدر اقطاراً عظيمة ومع ذلك يبقى بالنسبة للبطن اقل
 سبعة من نسبته له في زمن متقدم عن ذلك وسيما في البالغين ثم في مدة اكتساب
 التجويف الصدري في الاتساع والارتفاع الابعاد التي يصل بها شيئاً
 الى الحالة التي يلزم ان يكون عليها عند الولادة تجتاز الرئتان ايضاً
 الدرجات المختلفة للنمو وهما وانما ابتداء ظهورهما يكون نحو الاسبوع السادس
 ويككون انخفض من القلب ويقال عموماً انهما اقل حجمائيه قال بطليار
 قد تبسرى مشاهدتهما في جنين عمره ثمانية اسابيع شرحته بتشديد المراء
 مع بعض الاطباء فكان شكل القلب منه ككرة صغيرة مستديرة في حجم حبة
 دخن والرئتان يدل ان تكونا صغيرتين جداً كما قالوا كانتا متعاقبتين بجانبيهما
 على شكل حوصلتين شفاقتين مسترختين اكبر حجماً من القلب ومجوفتين
 من الباطن وتبسرتا كيد ذلك فيهما بالنظارة المعظمة وتلك الاعضاء الصغيرة
 الملتزمة مع بعضها الراضية مستندة على غشاء رقيق جداً يفصل الصدر عن البطن
 وهو الحجاب الحاجز والرئتين في الابتداء سطح املس مبيض لكن كلما تقدم
 الجنين في السن ظهر بعض تقاوير تدل على انفصال القصوص عن بعضها
 ثم ترسم على السطح الظاهر للرئتين خطوط تدل على تقسيم التضيصات
 فتكونان حينئذ متبعتين محبتتين وتأخذ في النمو اوردهما وشرائيهما
 وفروعهما الشعبية ويريد حجمهما مع زيادة اتساع التجويف الصدري ويصير
 لونهما وردياً وفي زمن الولادة يوجد فيهما الصفات التشريحية التي يلزم ان يذكر
 فيها بعض كليات قليلة

وذلك ان الرئتين من الشهر السادس الى التاسع يكون شكلهما كالشكل الذي
 يكون لهما فيما بعد غير ان لونهما يختلف حينئذ باختلاف الاطفال فيكونان
 متتبعي اللون اتقاعاً يختلف قله وكثرة اوملوتين تلونا كذلك على حسب حالة
 امتلاء الشخص او قله دمويته وفي بعض الاحوال يوجد على سطحهما نكت

حمر على شكل الحزاز ويقرب للعقل ان هذه هي النكت التي تشاهد على سطح
الرئتين في البالغين ضاربة للزرقة وفي احوال اخرى يكون لون الرئتين مبيضا
او ورديا كالحما فيشبه لون رئة العجل او الثور قال بليار قد شاهدت مرتين
في رئتي البالغين هذا الانتقاع مع زوال المادة الملونة من سطحهما وهل
ذلك كان فيهم نتيجة تغير في اللون الاصلى الخلقى للمفسوج الرئوى اظن
ان الامر كذلك

والرئتان مدة الحياة داخل الرحم تملآن التجويف الصدري كله وتضغطان
بجدرانها بحيث ينطبع فيهما احيا تاثير الاضلاع التي تكون دائما في الطفل ابرز
في الباطن منها في الكبار البالغين فلا تنس ذلك الانطباع الذي قد يظن
انه نتيجة او علامة لحالة مرضية قال بليار وقد رأيت هذه الهيئة نفسها في بعض
البالغين ويمكن انها تكونت مدة الحياة داخل الرحم وبقيت الى ذلك السن
المتقدم واذا كان الامر كذلك فلا ينبغي ان تعتبر في البالغين كما في الاطفال ايضا
نتيجة ورم عارض في العضو واذا كان بروز الاضلاع في البالغين ليس كما في
الوضوح بحيث تنضج منه تلك الانخفاضات في الحافة الخلفية للرئتين يكون
توضيح هذه الظاهرة اقل تعسرا اذا اخترنا ان ذلك حصل في زمن من الحياة
كانت الاضلاع فيه ابرز وبقيت تلك الهيئة محفوظة دائما مع التقدم في السن
وقد سمعت ان لاهنك تشكك تشككا عظيما في امكان حصول تلك الانخفاضات
الرئوية المحاذية للاضلاع قال لان هذه الاضلاع ليست زائدة البروز حتى
تحصل منها تلك الهيئة انتهى غير ان التوضيح الذي ذكره بليار يزيل تلك
التشككات

واذا فتح صدر طفل لم يتنفس وجد فيه مشابهة تقرب للتمام بين الغدة المسماة
تيوس والرئتين فيظهر ان هذه الغدة رئة ثالثة مع انه لم يدخل فيها فرع من
الفروع الشعبية وانما انها على هذه المشابهة لان هذه الغدة بعد الولادة تبقى
حافظة لهذه الهيئة فيصح ان نتقدم بمبدأ مقابلة واهتداء للبحث الذي يراد فعله
في منسوج الرئتين المتنوع او الغير المتنوع بالتنفس انتهى بليار قال وفيغير

منخبة على سطحها ويوجد في طرفيها مهماز بارز الى الخارج معدلان يتكلب
 في شفتي القصبه فتدخل تلك الآلة مطبوقة في شق هذه القناة فاذا صارت فيها
 قنحت بلطف ثم تترك في القصبه مادام الغشى الذي يتسبب عادة عن العملية
 موجودا وحتى تدخل الانبوبة التي ينبغي ان لا توضع بعد العملية الا بعد عشر
 دقائق او عشرين وينبغي تنظيف القصبه والشعب قبل ادخال هذه الانبوبة
 وكى الغشاء المخاطي المغشى لهما وهذا الجزء من العملية اعني التنظيف يعمل
 باكلة صغيرة اخترعها بريطونوس وهي شبه ممسحة كمسحة المدافع تزال بها اولاً
 المواد المخاطية التي تسد القصبه فلاجل ذلك تقمس بسرعة إلى ثلاثة قراريط
 او اربعة او خمسة بل ستة ايضا فاعلام ذلك حركة استدارة وينبغي في الابتداء
 ان تندى الاعضاء من الباطن بنحو نصف ملعقة صغيرة من ماء فاتر او بارد
 ليسهل ازالة الغلالة المخاطية بعد ذلك فينكشف الغشاء المخاطي فيسكوى
 ويعمل ذلك الكي بكيفيتين اما باللمس او بالسكب قطرة قطرة فالكيفية الاولى
 تعمل بان يمر على جميع نقط الغشاء المخاطي الذي يراد مسه بالسفنجة مبتلة من
 محلول ثمان عشرة قمععة من نترات الفضة في درهم من ماء مقطر ويلزم تكرار
 الكي اقله ثلاث مرات في اليوم الاول وثلاثا في اليوم التالي والكي بالتقطير
 يعمل بسائل مركب من اربع قمععات فقط من نترات الفضة في درهم من الماء
 المقطر فتعلا ريشة اوزة من السائل ويصب منها في القصبه وقت اخذ النفس
 ثم بعد ذلك حالاً يطرف فيها من الماء وتمسح بالممسحة مرات كثيرة ويلزم تكرار
 هذه الكيفية مرتين او ثلاثا مدة ثلاثة ايام وتلك الكيفية اقل وثوقا من السابقة
 التي هي مناسبة عموماً في اغلب الاحوال

فاذا لم يرد كي القصبه والشعب معاً ادخل في فمها القصبه انبوبة قطرها يكون
 دائماً اقله مساوياً لقطر من مار الشخص ثم يمر بخيطين في العينين اللتين هما
 في فمها الانبوبة وتثبت بذلك تنبتا منبتا في عنق المريض ويلزم دائماً ان تقمس
 الانبوبة في القصبه خمسة خطوط اوسنة ويوجد في الكتب الجديدة اشكال
 مختلفة للانابيب التي يمكن استعمالها بعد الشق القصبى بطول بنا المقام لو ذكرناها

ولنرجع

ولنرجع لعلاج الخناق في الدور الثالث ففيه وان كان رجاء الشفاء قليلا والانداز
تقيلا لا ينبغي ترك العلاج بالكليّة وانما يعالج الطفل بما يعالج به في الدور الثاني
فاذا كانت اعراض الاسفكسيا هي الواصفة لهذا الدور وانضمت مع اعراض
الهيوط الضعفي استعملت الاستحمامات الخردلية والكرواية والمحمرات على
سطح الجسم والمقويات والجواهر المرة حقنا او ذلك كما بنحو صبغة الكينا ونحوها
واما الخناق المزمن فالقواعد الرئيسة لعلاجها هي الحراريق والكاويات
الاعتيادية والتقيحات الجرحية التي تتبع سقوط الخشكريشات والطارادات
للنفث كالادوية البلسمية والعنصلية والاتيونية والتدبير الغذائي اللطيف
المناسب كالبين مثلا والاستحمامات زمنا فزمننا واما الافضاء فلا تصير نافعة
الا اذا رجع الداء باعراض شديدة اى حصل في اعراضه شدة قوية

فهذه هي المعالجة القانونية المعقولة للخناق وينبغي ان تراعى ايضا حالة
الامراض التي تضاعف الداء وتوجد معه وتنوعاتها الناشئة من بنية المريض
فيعالج كل منها بما هو مذکور في بابها كالالتهاب الرئوي والسعبي
والمعدى ونحو ذلك وكذا يراعى تسليط المزاج فيعامل كل بمقتضى قواعده
المعروفة عموما كتقليل الاستفرغات الدموية في الاطفال اللينفاويين
والعصبين والمبادرة بالمقيثات والحراريق عكس ما يستعمل في الدمويين
الاقوياء

وطعن دوجيس في ادوية ذكروها لعلاج هذا الداء مؤسسه على مجرد تجربات
كمضادات التشنج وكبير تور البوتاسه والطرطير المقيء والمستحضرات الزيقية
والنوشادرية وصب الما المبارد لكن قال بليار ولا بأس بعد استعمال مضادات
الالتهاب ان توضع الحراريق على الساقين والفخذين او تفعل مروحات من
الاطلية النوشادرية او المرهم الطرطيري على الاجزاء السفلى من العنق فقد
اتفق انه شفي على يدي طفل عمره خمسة عشر شهرا باستعمال وسائط علمتهاله
وذلك اني بعد ان فصدته فصدا موضعيا بجله مرات ووضعته في حمامات
واسهلهت بست قمحات من الكاوميلاس امرت له بشرب الايكا كواتا فاعقب

المناسبة لحالة الحق ينبغي الاتباه لها ايضا اذا كان الوقت مهددا بحصول الداء
 ولكن بدون ان يحصل لهم من ثقلها كرب وزغل ولا تكون مانعة من استنشاقهم
 الهواء الخالص ويحترس من ثقلهم القبحاني من الحر الى البرد وان لا يعرضوا
 لمصادمة الرياح اى لتباراى هواء كان والمعتادون على السكنى في درجة حرارة
 مرتفعة يكونون معرضين ولا بد لآفات النهاية مخصوصة غير ان من الغلط
 المغم ما زعموه من استحسان حالة تفعل في الاطفال يشجعون بها على مقاومة
 تقلبات الهواء وعدم اعتداله بان يمرنوا على البرد من وقت ولادتهم فكثيرا
 ما شوهدت اطفال فعل بهم ذلك فاصيبوا بالخنق في سن السنتين
 فاذا كان طفل اصاب سابقا بهذا الداء ونجى منه فكان الاتباه في حقه
 للاحتراسات التي ذكرناها كدعما في غيره لان من المحقق سهولة عود الداء له فقد
 ذكر والله سبعة اعواد بل تسعة في شخص واحد في مثل تلك الحالة يكون من
 الحزم ان يعود في مدة الشتاء على استعمال ملابس نامية من القلائيل مباشرة
 على الخلد وتبدل مدة الصيف بثياب القطن والكتان السميكة فاذا لم يوجد
 الاعراض الدور الاول ولم يكن في هذه الظواهر العامة صفة قطعية بحصول
 الداء لم يلزم مقاومتها بعلاج قوى على ان وصف هذه الظواهر بكونها مقدمة
 وتصورت بعينها لهذا الدور بعينان على اهمال العلاج فاذا ساعدت حالة الحق
 على ظهور هذا الداء وان كان هنالك شك في الاعراض النزلية والحمية كان من
 الحزم عدم الاهمال اذ يمكن بالهمة والفاعلية المناسبة قطع الداء من اصله حيثئذ
 فالحمية والمشروبات الملوطة المعطاة بكثرة والاستحمامات الفاترة سواء الكاملة
 او الجزئية اعنى حمامات الاقدام والايدي والكمادات المرحية على الاطراف
 السفلى بل وعلى جميع الجسم بواسطة غطاء من الصوف يلف فيه الطفل ويغطى
 بخرق حارة هي الوسائط اللطيفة الخاصة بتسكين حالة الحمى ويلزم استدامة
 استعمالها وتجديدها في الدور الثاني فاذا كانت الحمى شديدة وضع بعض
 علق على العنق او على الشرج في الاطفال الصغار وفصد الذراع فيمن عمرهم
 سبع سنين فاكثروا بما نفع جدا المعارف المائية والاستحمامات البخارية

اللطيفة الحرارة والمروحات الزيتية

فإذا وصل الداء الى الدور الثاني لزم ما عدا المعالجة النافعة للبنية عموما ان يعالج
الداء الموضعي والوسائط التي تتم هاتين الغايتين كثيرة قصد الذراع والقدم يؤثر
كعمل وكنقص لكمية الدم فبذلك يعين على تخفيف عظيم والقصد الموضعي
في الاطفال الصغار ينتج سريعاً نتائج عامة وتكون نتائجها اقوى كلما كان
الطفل اصغر سناً ولذلك اذا وضعت علكة على قسم الحجر كفت لازالة الخناق
من طفل عمره ثمانية ايام وربما وقف بذلك سير الخناق الموجود وقت الولادة
بحيث يكون ظهور الداء وزواله في آن واحد ويكفي اربع علكات على جاني
الحجر لطفل عمره سنة تقريباً وكثيراً ما انتفاذ التهاب الحجرى الحصى لوضع
العلق مرة وفي بعض الاشخاص احتيج لاعادته ثلاث مرات حتى ينل منه حسن
حال مستدام وفي بعضهم لم يحصل منه الا تخفيف وقى ومنهم من لم يتأثر منه
اصلاً والمحل الذي يلزم وضعه فيه هو بين العضلتين القصيتين الحليتين وعلى
طول حافتهما المقدمة. ويصح ان يوضع على القسم الحلي لتسكين الاعراض
الحنية التي قد تشاهد احياناً واما عدد العلق فلا يتحديده وانما يختلف باختلاف
بنية الاشخاص وقوتهم وسنهم ولا يصح ان يجاوز العدد اربعاً قبل سن سنة
ولا خردوج ذلك الا اذا بلغ الطفل ثلاث سنين وقول بالاختصار الاحسن وضع
مقدار قليل منه لا كثير ففي الحالة الاولى يكون ذلك دائماً حيلة للرجوع الى
القصد بل يمكن ذلك بعد الوضع حالاً بان ينبه سيلان الدم بوضع ضماد او كباد حار
على لدغ العلق اما في الحالة الثانية فيخاف من تأديته للضعف المستدام ومن
تجيبه وتشقيه خطر الدور الثالث فاذا كرر القصد الموضعي لزم زيادة الاحتراس
اكثر من الوضع الاول وتقليل كثرة القصد للدم الذي تحرك للخروج بذلك
وفي المساعدات المناسبة الضمادات حول العنق والمشروبات المرخية واللعاية
المأمورة بها كثيراً لكن بكمية يسيرة في كل مرة لتندية الحجر وتوحيدها ما لم
يحصل من الازدراد نوب سعال
وقدمه دحواً ايضا في الدور الاول في الابتداء استعمال المقيثات وهنالك جرعة

تسمى مضادة الخناق منسوبة لشوسبير وليست هي الا مجموع جواهر مقيشة
ولانشك في انه اذا كان اللسان مقهلا لمادة اى ومخاضا وسبق ظهوره التهاب
الخجري علامات اخر للتلبك المعدي ~~يسكون~~ المقيء عظيم النفع اما لكونه
يقطع التضاعف المم او انه بالاولى يزيل الفساد العام الحافظ للالتهاب متعلقا به
قال دوجيس قدرأ يسامرات كثيرة تقع نفعها واضحا خصوصا في الحصبات
مع الالتهاب الخجري لكن تظن ان من الخزم دائما الابتداء بالقصد ويكون
من غير القانون اذ الم يكن خطرا تكرر التقاى مرة او مرات في اليوم كما قال
ذلك لاهنك قال دوجيس والظاهر ان الايبكا كوانا افضل من الطرطير المقيء
ويكون شرايها ومنقوعها من الادوية اللطيفة الغير المؤذية حتى وان كان هناك
التهاب معدى قليل الشدة ولا حاجة لان نقول انه يلزم الاقتصاد في كل منهما
اذ ادل احمرار اللسان وحساسية القسم المعدي اى تألمه وحرارته ونحو ذلك
على ان المعدة ملتزمة جدا اما ما عدا هذه الحالة فيجوز ان يحصل من تكرار المقيء
تكرارا غير فاحش نوع آخر من المنفعة كما تنفع المليينات اى المسهلات الخفيفة
نفعاقو يافلهما في الحالة الالتهابية نتيجة يصح ان تعتبر محمولة او مفرغة اى مقللة
لسوائل الجسم بسبب ما تفعله من الاستفرغات فيجوز بذلك نأمر بزيت اللوز
الحلو معز وجا بشراب الورد الكحلخ او زهر الخوخ وبالشكوريا والمن اصابع
ونحو ذلك ويمكن ان تعطى هذه كلها حقا اذا عسر على الطفل ازديادها
او خيف اندفاعها من المعدة

فان اهمل ذلك العلاج اول يحصل منه ثمرة ووصل الداء الى وقت لا تنفع فيه
للموسائط المله كورة كأن قرب الى زمن الهبوط اى الى الدور الثالث او وجدت
الاعراض الواصفة لهذا الدور لزمت تحصيل واسطتين جديدتين احدهما تهيج
الجلد والتهابه ليحصل في الحالة العامة للجسم وفي حالة الخجيرة تغيرات نافعة
وثانيتهما طرد مستنجات الالتهاب فيزول بذلك التعب الحاصل منها المجتمع
مع التعب المتسبب عن قضايق المزمار

فاما الولا فنكتفي هنا بان نذكر منافع الادوية الجاذبة ومضاهيها بدون ان نذكر

البيان التعليمي لفعلها وقد جعل كثير من الأطباء استعمال هذه الوسائط مناسبة
نافعا بحيث تجاسروا على وضعها في جميع الاحوال وجميع الادوار وتقولون من
الواضح ان فعلها في ابتداء الدور الثاني وفي الثالث انما هو تزايد الحمى والحالة
الالتهابية وذلك معروف من الزمن الذي اشتغل فيه بمطبخي بالبحث عن الحرارة
والافراط في استعمالها الى وقتنا هذا وهذا الخطر يكون مهلكا اذا وضعت
الذرايح قرب المحل الكثير التهييج او غطي القسم الخفيري بلزقة منقطة او احيط
العنق بشرط جائب اما اذا وضعت بعيدة عن المحل الاصلى للداء فانها قد تكون
نافعة وذلك كحلمات القدم الحارة والخرولية والزرع الخردلية والمهاجم
الحافية ونحو ذلك ومنفعة هذه الحممرات حينئذ حتى في سير الدور الثاني هي انها
تبعد وتضعف نوب الاختناق وقد شاهد دوجيس مثل هذه النتيجة الحميدة
من وضع لزقة خردلية ضيقة في العرض على شوك الظهر ويلزم ادخال استعمال
الحراريق قرب ظهور الدور الثالث وبما كان وضعها بعيدا بمسافة ما عني
الخنجرة اولى من وضعها على قس هذا القسم كذا قال لاهنك وقال دوجيس
لا اشك في ان الداء كثيرا ما اشتد وزادت اعراضه حتى اهلك الطفل في اقل من ثلثي
عشرة ساعة بسبب وضع الحممرات كروح النوشادر ونحوه على الجزء المقدم
من العنق فتولدت من ذلك شبه حمرة واسعة

وقد ذكروا ادوية من هذا النوع ولكنها شديدة القوة عن ذلك ايضا ففهموا الكي
بالشار على القسم الخفيري وتلك واسطة مدخرة للعنق المزمن ومنها غمس
المريض في حمام محلول فيه دقيق الخردل وتقول الميخس الذين يفعلون ذلك
من ان يعقب التخفيف الوقى الناتج من ذلك تضاعف في العوارض بسبب
التهيج العام الذي هو نتيجة لازمة لعملية شاقة كهذه والتهيج القريب المستقيم
الحاصل في الطرق الهوائية من الابخرة الخارجة من الحمام المذكور فذلك
واسطة لا تناسب الا في الدور الثالث وتكون هي آخر الوسائط كما يقال
آخر الطب الكي

واما نائبا فاندفاع الغشاء الكاذب في الخناق لا يلزم الاجتهاد فيه الا على سبيل

التبع للعلاج الخاص باتلاف اصل الداء نفسه ويقتبوع جميع القوارض
وهي الطرق المختلفة التي استعملت لتخليص الخنصرة من الجسم الغريب
المتكون فيها.

الاول منها انه يمكن تنبيه النفث بازدراد بعض اذوية كالمستحضرات العنصلية
والاتيونية واستنشاق الابخرة المائية او المزوجة بقليل من الخلل وتلك
واسطة يستدعي استعمالها اتباها وتفتنا عظيماتها في عصر التنفس
وربما نتج عنها تجديد منم اذا استعمل منها جواهر شديدة التنبيه كالخل الخالص
والكلور ونحو ذلك بخلاف القر من المعدني فانه ينتج من استعمال قمعة منه
في اليوم ثقت كثير مخلوط باهداب غشائية يحصل منها تحقيف ظاهر ويحرض
هذا النفث ايضا بنغمشة الحلق وبوضع جواهر مهيجة مخلوطة بالعسل كالجص
مرياتي وكبريتور البوتاس اذا وضع على اللهاة والبلعوم ولسان الزمار
بواسطة قلم رسم وتلك عملية لاتسلم من الخطر وهو تشنج الزمار فلا يحصل منها
الاتعب وانزعاج المريض ويظهر انها غير نافعة

الثاني التقاين الخالي عن الانزعاج والاضطراب المحرض بالمقيئات المستعملة
بمقدار يسير كشراب الايبكا كوانا والطرطير المقي الممدود جدا بالماء وكبريتور
البوتاس بكمية من قمعة الى قمعتين وبصل العنصل مسحوقا ونحو ذلك
فان هذه كثيرا ما تحرض مروج السائلات والمواد المخاطية فتجذب معها عند
اندفاعها ندفا من الاغشية المخاطية الاتية من الطرق الهوائية واما
المعطسات التي تنفخ في انف الطفل بواسطة ابوبة فيظهر انها عديمة النفع
اذا كان الانزعاج الذي يحصل منها لطيفا وتكون خطرة اذا كان قويا
فلا ينال منها على كلا الحالين النتيجة المطلوبة ولا سيما اذا وصل الداء الى الدرر
الثالث ومع كل ذلك لا ينبغي اهمالها بالكلية لان ثقلها يحتمل وانزعاج اغضاء
صدر منها قد يعين على اندفاع تلك الاغشية

الثالث هناك تخيل فاس لكنه بديع وهو ان يذهب باسفةجة موضوعة في طرف
قضيب قابل للاذناء حتى تصل الى الخنصرة كما فعل ذلك دويترن غير ان هذه

الواسطة عسرة العمل وما عدا ذلك يصح ان يكون من عيوب هذه العملية
ان الاغشية الكاذبة بدل ان تجذب الى الخارج تغور حتى تدخل في القصة
الرئوية فتحدث اختناقا قريب الوقوع

الرابع الشق القصبي الذي احمره كثير من الاطباء وهو عملية مهولة بالنظر
لنجاحها ولا تكون الا آخر الاعمال وذكر بعضهم انها فعلت في الخناق
كما فعلت في غيره من وقوف الاجسام الغريبة في القصة لكن وبما منع من
فعلها عدم وجود صفات محققة يستفاد منها ان التجمدات الغشائية لم تحدث
للسحب والا كانت العملية حينئذ غير نافعة والموت محققا ونقول هذا صحيح
غير انما حينئذ تطيل حياة المريض زمنا كما يدل على ذلك الامور الواقعية
التي عملت فيها قد شوهد من عاش يومين او ثلاثة او اربعة بعدها ونجحت مع
منوار ايضا وفعلها بريتونوس ثلاث مرات اولاهن لم تنجح والمرتان
الاخريان فعلهما نجاء اعين الطيب جرسان في آخر درجة من الخناق
وطالت حياة المرضى مدة ساعات وبالمجمل فهي لا تخلو عن الخطر فينبغي
ان لا تعمل الا في الدور الاخير من هذا الداء اذ لم يتبع غيرها من الوسائط وكان
المريض في حالة نزاع فاذا كان الطفل في ضعف فانه جاز ان يموت في مدتها
او بعدها حالا ويلزم الامتناع عنها متى كانت الصلوات الحقيقية الواصفة
للخناق غير زائدة الوضوح او مشكوك فيها او كان الخناق مضاعفا بدرجة
غلاية بلعومية شديدة جدا او كان هنالك اتساع عظيم في العقد الابطية او كانت
متقبة لان هذا التقبج كاف لاهلاك المريض او كان مضاعفا بالتهاب الشعبي
او البلوراوى او الرئوى لان زيادة دخول الهواء في القصة يشغل هذا التضاعف
فيكون دائما مهلكا وتكون دلالة العملية جيدة اذا جاوز الطفل زمن
التسعين الاول فان العملية حينئذ تصير اقل تعسرا ولا يكون معرضا لشق الغدة
الدرقية ولا الغدة المسماة بالتيوس لان القصة تكون حينئذ اكثر سعة
والاطفال الصغار يكونون اكثر تعرضا للتشنجات في الدرجة الاخيرة من
الخناق قال جرسان قد شاهدت هلاك طفلين حالا بمجرد ادخال ملعقة

في فهمها لاجل خفض اللسان والبحث في البلغوم فبالضرورة يكون الخوف من مسكهم لاجل العملية اعظم اذ يحرض ذلك فيهم نفس هذه العوارض لكن هذه الاسباب ليست كافية لهجر العملية بالكلية في الاطفال الصغار جدا لان هناك وجهها للنجاح فان الغشاء الكاذب لا يعتمد عادة فيهم بالقوة المزمار او الحجرية بحيث ان حالة العملية فيهم تكون كحالتها في اوديا المزمار ولاجل تأكيد نجاح الشق القصي يلزم بعد شق ثلاث حلقات اواربع من القصة مع الاحتراسات المذكورة في محلها في القطع الشعبي ان يغمس في القصة جفت مخفوف لمسك به اهداب الغشاء الكاذب بل من النافع ايضا ان تكون كثيرة الضيق والطول حتى يتيسر مسكها الى تفرع الشعب ويصح ان يتم ذلك بصنانير صغيرة مخفوفة وقد يتفق ان الاغشية الكاذبة تفصل من الحجرية والقصة وتسقط في محل التفرع المذكور وذلك هو ما وقع لجرسان في عملية عملها في مارستان الاطفال مع انه قطع ثلاث حلقات من القصة وادخل الجفت مرات كثيرة فلم يتيسر له مسك هذب فشاقي ولا قذفه الى الخارج ولما فتحت جثة الطفل وجد ان الاغشية الكاذبة انفصل جزء منها وسقط على الزاوية المتكونة من تفرع الشعب ثم اذالم تنفع الجفوت ولا الصنانير المخفوفة يصح ايضا ان يدخل من الاعلى من الحجرية ومن الاسفل من الشعب اسفجة مثبتة في قضيب من القبطس شبيه بما استعمله دويترن لفصل الاهداب الغشائية الملتصقة وهذا الادخال المتكرر في القصة الرئوية ليس عسرا ولا خطرا لان القصة ليست شديدة الحساسية كشدة حساسية الحجرية وخصوصا المزمار فاذا فعل ذلك الادخال بسرعة كان قليل الابلام ولا يوقع حياة المريض في خطر قال جرسان اتفق اني حضرت عملية شق قصبي فعلها ما چندى فكرر ادخال ريشة برغها من اعلى شق القصة واسفله بدون ان يظهر من حالة المريض تألم وبغير هذه الوسطة لا يمكن فصل الاهداب الغشائية الملتصقة بالتصاق متين بالغشاء المخاطي انتهى

وذكر بليار على صورة السؤال مانصه ايليق حينئذ ان يفعل ما اوصى به

بريطونوس من فتح القصبة ثم المزور بقلم رسم ذرعليه مسحق الكلوميلا من
 او الشب لاجل اتلاف وسقوط الغلالة الغشائية ثم قال لم تؤكدي التجربة
 قوة هذه الواسطة بحيث اجعلها من الوسائط الرئيسة فلا قول بجواز فعلها
 الا اذا لم يتفع غيرهما من الوسائط المعقولة فاني لانسى ابدا ما اتفق اتني دعيت
 مرة لبنت صغيرة في اليوم الثالث من اصابتها بالخشاق فعالجتها بمضادات
 الالتهاب القوية فلم تغد شيئا ولا زالت البنت آخذة في الانحطاط وقرب الاجل
 ساعة فساعة وكان ابوها من الممارسين اصناعة الطب قهري بسبب يأسه
 على استعمال هذه الواسطة الجديدة التي اوصوا بها من زمن قريب لعلاج
 الخناق فاخذت قضيا من القيطس ووصلته بقلم رسم غمسته في محلول مركز
 من الشب وادخلته في الحنجرة والقصبة فعند ذلك حصل للمريضة حركات
 عنيفة تشعبية بعد ان كانت ساكنة هادئة وماتت بين يدي في اقل من خمس
 دقائق فتلك الطفلة وان كان داؤها قبل العملية مستدعي الهلاك كما لانه
 انطبع في ذهني اني كنت السبب للتجهيل فآليت على نفسي ان لا ادخل دواء
 في قصبة متهيجة من طفل ابدا انتهى لكن قال اوفيسير عندنا الان
 في المشاهدات الطبية ثمانية عشر مثالا للشفاء من ستين عملية فعل فيها الشق
 القصبي على مقتضى ما اوصى به بريطونوس فكان ذلك مسوغا للاقدام عليها
 سيما اذا وصل الداء لدوره الثالث وكان السعال نادرا وباسا جدا
 والصوت معدوما والخرخرة الحنجرية القصبية جافة والتنفس عسرا متواترا
 مع انقباض شديد في عضلات العنق وجناحي الانف وارتفاع البطن كما قال
 ذلك جرسان وعلى رأي الطبيب تروسو يناد بفعل الشق القصبي ما يمكن
 فموجب ذلك يفعل من ابتداء الداء متى تحقق وجوده قال لانه ثبت بالتجربة
 ان لا يفقد الا واحد من العشرة اذا فعلت العملية قبل ان يتكون التجمد الغشائي
 في غير الحنجرة اما اذا فعلت في اطفال غطيت شعبيهم قبل ذلك بتلك التجمدات
 فلا يشفي الا واحد من عشرة وبعد شق القصبة يدخل في فوهة الشق الاكلة التي
 سماها هذا الطبيب بالموسعة ونسبه الخنزير لاعتيادي لعلاج الجروح وهي

منخبة على سطحها ويوجد في طرفها مهماز بارز الى الخارج معدلان يتكلب
 في شفتي القصبه فتدخل تلك الآلة مطبوقة في شق هذه القناة فاذا صارت فيها
 فتحت بلطف ثم تترك في القصبه مادام الغشى الذي يتسبب عادة عن العملية
 موجودا وحتى تدخل الانبوبة التي ينبغي ان لا توضع بعد العملية الا بعد عشر
 دقائق او عشرين وينبغي تنظيف القصبه والشعب قبل ادخال هذه الانبوبة
 وكى الغشاء المخاطي المغشى لهما وهذا الجزء من العملية اعني التنظيف يعمل
 باكلة صغيرة اخترعها بريطونوس وهي شبه ممسحة كمسحة المدافع تزال بها اولا
 المواد المخاطية التي تسد القصبه فلاجل ذلك تغمس بسرعة الى ثلاثة قراريط
 او اربعة او خمسة بل ستة ايضا فاعلام ذلك حركة استدارة وينبغي في الابتداء
 ان تندى الاعضاء من الباطن بنحو نصف ملعقة صغيرة من ماء فاتر او بارد
 ليسهل ازالة الغلالة المخاطية بعد ذلك فينكشف الغشاء المخاطي فيكون
 ويعمل ذلك الكي بكيفيتين اما باللمس او بالسكب قطرة قطرة فالكيفية الاولى
 تعمل بان يمر على جميع نقط الغشاء المخاطي الذي يراد مسه باسفنجة مبتلة من
 محلول ثمان عشرة قعصة من نترات الفضة في درهم من ماء مقطر ويلزم تكرار
 الكي اقله ثلاث مرات في اليوم الاول وثلاثا في اليوم التالي والكي بالتقطير
 يعمل بسائل مركب من اربع قعصات فقط من نترات الفضة في دوهم من الماء
 المقطر قهلا ريشة اوزة من السائل ويصب منها في القصبه وقت اخذ النفس
 ثم بعد ذلك حالاً يقطر فيها من الماء وتسمح بالمسحة مرات كثيرة ويلزم تكرار
 هذه الكيفية مرتين او ثلاثا لمدة ثلاثة ايام وتلك الكيفية اقل وفوقها السابقة
 التي هي مناسبة عموما في اغلب الاحوال

فاذا لم يرد كي القصبه والشعب معا ادخل في قعصة القصبه انبوبة قطرها يكون
 دائما اقله مساويا لقطر مزمار الشخص ثم يمر بجيطين في العينين اللتين هما
 في قعصة الانبوبة وتثبت بذلك تثبتا متينا في عنق المريض ويلزم دائما ان تغمس
 الانبوبة في القصبه خمسة خطوط اوسنة ويوجد في الكتب الجديدة اشكال
 مختلفة للانابيب التي يمكن استعمالها بعد الشق القضي بطول بنا المقام لودكرناها

ولنرجع

وليرجع للعلاج الخناق في الدور الثالث ففيه وان كان رجاء الشفاء قليلا والانداز
ثقيلا لا ينبغي ترك العلاج بالكلية وانما يعالج الطفل بما يعالج به في الدور الثاني
فاذا كانت اعراض الاسفكسيا هي الواصفة لهذا الدور وانضمت مع اعراض
الهيموط الضمعي استعملت الاستحمامات الخردلية والكؤولية والمحمرات على
سطح الجسم والمقويات والجواهر المرة حقنا وذلك بانحوصبغة الكينا ونحوها
واما الخناق المزمن فالتواعد الرئيسة لعلاجها هي الحراريق والكاويات
الاعتيادية والتقيحات الجرحية التي تدفع سقوط الخشكريشات والطارادات
للنفث كالادوية البلسمية والعنصلية والاتيمنية والتدبير الغذائي اللطيف
المناسب كاللبن مثلا والاستحمامات زمنا فزمننا واما الافصاف فلا تصير نافعة
الا اذا رجع الداء باعراض شديدة ما حصل في اعراضه شدة قوية

فهذه هي المعالجة القانونية المعقولة للخناق وينبغي ان تراعى ايضا حالة
الامراض التي تضاعف الداء وتوجد معه وتنوعاتها الناشئة من بنية المريض
في علاج كل منها بما هو مذکور في باب كالالتهاب الرئوي والشعبي
والعدوى ونحو ذلك وكذا يراعى نسلطن المزاج فيعامل كل بمقتضى قواعده
المعروفة عموما كتقليل الاستفراغات الدموية في الاطفال اللينفاوين
والعصبيين والمبادرة بالمقيئات والحراريق عكس ما يستعمل في الدمويين
الاقوياء

وطعن دو جيس في ادوية ذكرها للعلاج هذا الداء مؤسسة على مجرد تجربات
كضادات التشنج وكبريتور البوتاس والطرطير المقيء والمستحضرات الزبقية
والنوشادرية وصب الماء البارد لكن قال بليار ولا بأس بعد استعمال مضادات
الالتهاب ان توضع الحراريق على الساقين والفخذين او تفعل مروحات من
الاطلية النوشادرية او المرهم الطرطيري على الاجزاء السفلى من العنق فقد
اتفق انه شفي على يدى طفل عمره خمسة عشر شهرا باستعمال وسائط عملتهاله
وذلك انى بعد ان فصدته فصدا موضعيا بجله هرات ووضعته في حمامات
واسهلته بست قمحات من الكلو ميلاس امرت له بشرب الايكا كوانا فاعقب

ذلك سريعاً نقشاً كثيراً وقياً وجدت فيه اهداباً غشائية وبعد ثلاثة ايام
متابعة بهذا العلاج زالت من الطفل اعراض التشنج غير ان صياحه بقي
دائماً مخفياً وعندى امثلة اخرى ثبتت منفعة الكلوميلاس المأمور به بكمية
متكررة من ابتداء الداء ومن ذلك اجزم بان هذا الدواء يسبب زيادة وتسوعاً
في افراز الاغشية المخاطية فتتعرض بذلك من الغلظة المتكونة على سطحها
غير ان هنالك امر انبهك عليه وتنبني عليه منفعة هذا الدواء وهو ان الاطفال
الصغار الذين لا يتقنون اى لا يخرجون النفث بل يزدودون جميع ما وصل
لقومهم الخلقى يكون تأثير الزيتق الحلو فيهم هو انه كما يفصل الغلظة منهم بحرض
اندفاعها مع النفث ايضا وقد تخرج من تأثير هذا الدواء على هيئة انبوبة مع المواد
الغشائية واحياناً لا توجد منها الا بقايا ناتجة من تقطيع هذا الدواء لها ومن طعمها
عندمى ورها في القنصة الهضمية ثم قال وما استعملت الكلوميلاس الابكمية
من ثمان عشرة قعصة الى عشرين في الاربع والعشرين ساعة ورأيت ان ذلك
يكفى لانالة النتيجة المطلوبة وأمر مع ذلك ايضا بحقنة مسهلة لان من الثابت
ان المريض اذا كان معه امساك لمدة استعماله العلاج الزيتى خيف عليه من
حصول التلعب وغيره من عوارض الزيتق والعادة ان هذا الملح يحرض برازاً
اخضر سائلاً كثيراً جداً ويحصل منه قليل قولنج ولا يزيد في شدة الاعراض
العامية التى تصاحب التشنج والطبيب جرسان كثيراً ما مرجه بالعسل غير انى
رأيت ان قوام العسل يصير الازدراد احياناً بطياً خصوصاً في الاطفال
المنسد بلعومهم وخضبرتهم بمادة مخاطية كثيرة وينسب لكث هذا الجسم اللين
في محاذاة الطرق الهوائية صبرورة التنفس اكثر اختناقية وها هو التركيب
الذى امر به فيؤخذ من صمغ الكثيرا عشر قعصات ومن الماء المقطر اوقيتان
ومن الكلورور الاول اعنى الكلوميلاس عشر قعصات ومن كل من شراب
المشكوريا وشراب الالبكا كوانا نصف اوقية ومن ماء زهر البرتقان درهم وكلما
لريد استعمال هذا المخلوط يحض ويحرك ويعطى منه ملعقة صغيرة في كل نصف
ساعة ومع ذلك لا التجأ لهذا الدواء الا بعمونة الوسائط المضادة للالتهاب

كوضع العلق في محاذاة الحنجرة والقصبية بمقدار مناسب لسن المريض
وكالوضعيات الرخية والمشروبات وبالاختصار اظن انه لا بأس ان يستنجد
اولا انه لا خطر في استعمال بروثوكلورور الزيتي بكمية من ثمان عشرة قطعة
الى عشرين في اربع وعشرين ساعة للأطفال المصابين بالحنق وثانيا
ان هذا الدواء يساعد بقوة على نتائج الاستفرغات الدموية مع ان هذه
الاستفرغات يقاوم بها الالتهاب والملح الزيتي يطرد النتائج منها الى خارج
البدن وثالثا انه لو فرض في استعمال هذا الدواء خطرا ما زلن ان يكون الوقوع
في خطره احسن من ترك الطفل لخطر اعظم من ذلك وهو تعريضه لخطر الداء
المهول المصاب به فتي جميع الاحوال استعمال هذا الكلورور الاول المصنوع
بالبخار المائي اقل خطرا من ترك المريض

قال اولقيير وبعد ان الف بليار كآبه الذي ذكر فيه ذلك اتفق له انه شاهد
مرات كثيرة نجاح تأثير الكلوميلاس في معالجة الحناق والذبحه الغلالية
حتى انه الف رسالة في خصوص ذلك والطبيب جرسان اشار ايضا بمثل ذلك
تقريبا وظن انه يلزم ان يعطى بكمية مغيرة اى تسبب تغيرا في البنية غير
محسوس بدون ان تخرض استفرانجا لان يراد منه كونه محمضا النتيجة
مسهلة فانه اذا اسهل شديد الاضعف المريض وذلك ينبغي الاحتراز منه
فلاجل التحرز من هذا الخطر اشاور بان لا يؤمر بالكلوميلاس الا بكمية صغيرة
جدا كسوية كربع قطعة او نصفها في كل نصف ساعة او في كل ساعة ويخلط مع
عجينة الخطمية او الصمغ المسحوق او السكر او المرببات فاذا لم يحصل من هذه
المقادير الصغيرة نتيجة اسهل خفيف زيد في مقداره ولكن بمثل تلك الكيفية
ثم قال جرسان فالمستحضرات الزيقية وسائط علاجية لا ينبغي اهمالها
في الحناق المحقق اذ لو دى الطبيب للمريض من ابتداء الداء وكانت الاعراض
غير مشتدة والمريض غير زائد الضعف وشاهد شفاء الحناق ثلاث مرات من
تأثير ذلك الزيتي وفي حالة من تلك الاحوال انقطعت العوارض لوقتها من
ابتداء التلعب وينبغي مع استعمال التمرين على جاتي العنق وفي الابطين

والاجزاء الانسية للذراعين وحافة الاسناخ ان يستعمل مع ذلك الكلوميلاس
من البساطن انتهى

المبحث الرابع في الذبحة الاوذيمياوية

كثيرا ما يوجد في فتح جثث الاطفال الذين كان معهم حال الحياة اعراض الذبحة
انتفاخ اوذيمياوي يختلف عظمه بدون ان يوجد فيهم في محل ذلك الانتفاخ
التهاب واضح والصفات والعلامات الخارجة لهذه الافة ليست جيدة
المعرفة وانما يوجد كما في الذبحة الالتهابية تغير في الصياح عميق واما العلامات
الاخر فتكون اعسر معرفة كلما كان عروض الاوذيميا لاطفال اكثر ضعفا وقربا
للموت وبموجب ذلك لا يوجد في وظائفهم نمو واضح حتى تكون التكررات
التي تعرض لهم ظاهرة للمشاهد وينبغي ان تنبه على ان كثيرا من الاطفال
المصابين باوذيميا المزماري يوجد معهم ايضا اوذيميا في المنسوج الخلوي المنسوب
لاجزاء مختلفة من الجسم وصياحهم الذي هو غير منتظم ونحفي غالبا وغير تام
يكون نخعيا كيعار المعز ولذلك سمى بليار هذا التنوع في الصياح بالصياح
المعزي قال وقد شاهدت هذه الظاهرة المخصوصة في ثلاثة اطفال مصابين
باوذيميا المزماري وها هو مثال من ذلك

وهو ان طفلا عمره يومان وكان قوى البنية غير ان جلده كالخ اللون كما ان ساقيه
وقدميه اوذيمياوية دخل المارستان في الثالث عشر من اكتوبر وصياحه
شاق متعب اختناق كانه نخعي يشبه الصوت الاتي من مرور قوس الرباب
على اوتارها مرور ديثا وكانت اطرافه باردة ونبضه بطيئا صغيرا خفيا
وفي الرابع عشر ظهر في جسمه برقان عام مع الاعراض السابقة بعينها (علاجه
الماء السكري واللين المزوج) والتزم الطبيب بارون بسبب مامعه من التعسر
الزائد في التنفس وحالة الاحتقان العام ان يضع له علقة تحت كل ابط فقطص
بذلك احتقان الجلد الان الوجه بقي وحده شديد الاحمرار بنفسيها وكانت
حالة الصياح كالسابقة وفي السادس عشر ظهر دفعة على خده الايمن كدم

ينفضحي امتد الى المشقة العليا حتى صارت مجلسا لا تتقاخ اوديمياوى عظيم
واستقر صياحه بالكفة وصارت ضربات نبضه بطينة خفية بحيث لا يمكن عدها
وخرج من فمه وانفذه مواد مخاطية رغوية فحينة دموية ثم مات في المساء
وفي فتح جثته وجد القم سليما واما المزمارة فكان فيه اتفاح عظيم اوديمياوى
ووجدت الجدران الجانبية للحجرة مبيضة منتفخة بحيث تلامس بعضها
ولما وخرت بسن المشروط لم يخرج منها ماء وكان المادة المصلية تجلثت
في النسوج الخلوى الذى تحت الغشاء المخاطى ووجد احتقان واضح في الحافة
الخلفية لكل رنة وبقيت اعضاء الجسم ليس فيها ما هو عظيم الاهتمام وانما كانت
الكبد شديدة الاحتقان بالدم والصفراء كثيرة مسودة فهنا وجد توافق يحتاج
للتنبية عليه بين اوديميا الاطراف وسطح المزمارة ووجدت ايضا نسبة بين حالة
الدورة والرشح المصلى الذى ذكرناه من مراعاة تلك الظواهر المختلفة مع التغير
المخصوص للصباح في طفول اجزاؤه الخارجية اوديمياوية يمكن ان يستنتج وجود
هذه الذبحة قال بليارد شاهدت الذبحة الاوديمياوية في اطفال متقدمين
في السن وبعد ان وصلوا الى حالة هبوط زائد حصل لهم في الازمة الاخيرة من
حياتهم ترشح مصلى فكان معهم مع ذلك اوديميا في اجزاه مختلفة من جميعهم
فهم من كان صياحه مستورا ضعيفا غير تام ولا يمكن ان يوجد اصلا في النغمة
التي هي النوع المخصوص الذى شاهدناه في الطفل الذى هو موضوع المشاهدة
السابقة فيظهر ان الصباح المعزى يكون لندرا وعسير مشاهدة كلما تقدمت
الاطفال في السن

وعلاج هذه الافة لا يوجه نحو مجلس الداء نفسه فقد شاهدنا ان الذبحة
الاوديمياوية للطفل الذى في المشاهدة السابقة كانت مجسوبة باحتقان رئوى
وضعف زائد في الدورة فاذا ثبت ان يجتهد في مقاومة كل منهما بالوسائط
المناسبة له وسنذكرها فيما يأتى فاذا زال السبب انقطعت النتيجة ومن العسر جدا
علاج اوديميا الحجرة العارضة للاطفال المهزولين المنهوكين باوقات مزمنة
لان سببها الواضح حينئذ ليس دائما هو تعطل الدورة او وقوف الدم في باطن

اعضاؤها وعضء التنفس فيلزم في هذه الحالة تحريض تحلل الاوديميا بالذات
الجاف او العطري الذي نعان تمايجه بالتدبير الحصى والغذائي المناسب لحالة
الطفل قال بليار ولا اشير بادخال البخرة عطرية في الطرق الهوائية لان ضيق
الخنجرة والقصبة والاستعداد العظيم في الاطفال الصغار لتشنجات هذه
الاعضاء يعارضان بالطبيعة استعمال هذه الوسائط التي لا تنتج حتى
في البالغين النتائج غير يقينية وقليلة الوضوح

ولا حاجة لنا لان نذكر شرحا مخصوصا لامراض القصبة فان شرح اعراضها
موجود في شرح امراض الخنجرة او الشعب على انه يعسر في الاطفال الصغار
ان يخصص المجلس الحقيقي لامراض الخنجرة او القصبة واما في الاطفال
السكران فلا تختلف عن ما في البالغين

المبحث الخامس

في ضخامة الغدة الدرقية في المولودين

من المعلوم ان هذا الجسم اعنى الغدة الدرقية من توابع الخنجرة والقصبة وان
وظيفته مجهولة وقد اثبت بليار في بعض كتبه انه يندر ان يحصل فيه شئ من
التغيرات الحقيقية قال اولفير قد رأيت هذا الجسم قد رجهه الاعتقادى ست
مرات في جنين ولد في السابع ومات عند ولادته فكان له امام العنق هيئة
ذقن نان مستدير موضوع على قمة الصدر ظلت تلك الضخامة الحقيقية
شديدة الندرة واعظم مثال لذلك ما شاهدته جوليوس في طفل مولود
فكان ذلك الجسم كورم ممتد من الاذن الى الخد الايمن حتى وصل لحافة
الاضلاع وكان ذلك الورم معلقا امام الصدر وكانه فتق شعبي خلقي حقيقي
لانه متصل في العمق بالقصبة الرئوية وكان حجمه يزيد من كل جهة حينما يصيح
الطفل وفي حالة المشيق اى اخذ النفس ويهبط واجعا على نفسه عند الزفير
اى ود النفس وحينما يكون الطفل ساكنا تهدأ ولم يتكلم جوليوس على
علاج هذا الورم وظهر بعض الاطباء ان المتناسب في مثل تلك الحالة ان يوضع
على سطحه اوضاع روحية قابضة حتى يرجع منسوج الورم على نفسه ويتمنع

تجدده وانبساطه فاذا ارتساقص بذلك نموه لزم فعل شقوق عميقة فيه لير منها
 الهواء باطلاق وتسكنف القوة الغير الطبيعية للتصبة وذكرجوليوس حالة
 اخرى لذلك الفتق الشعبي الخلق وكان الورم كبير الحجم مكونا معظمه من قند
 العنق للذى كان منتفجا جدا وربما اضطر لاستئصال تلك الاورام اذا زاد حجمها
 وعظمها فبما بعدوا اتصال باطن النوع الاول من الورم بالتصبة الرقوية وبما
 استند على رأى بعض الاطباء الذين قالوا انهم شاهدوا قسلة او قنوات باعلة
 اتصالا بين الجسم العرقى والخطيرة او التصبة وشوهذا احياها هذا الجسم
 متصفا الى نصفين منفصلين عن بعضهما واللسلة توجد في الحلة الاعتيادية
 في الخلف ذوات المردى

التقسيم الثالث

في امراض الجزء الصدرى من الجهاز التنفسي

يشتمل هذا القسم على امراض الرئة والشعب والبلورا ففي هذا القسم فصول

الفصل الاول

في نمو هذه الاعضاء

لا يلحق لن تترك الكلام هنا على نمو الجوف الصدرى لانه مشتركه قوية
 في وظائف التنفس بسبب حركته المتع بها فان اتساعه وتضيقه المتعاقبين
 يعينان اعانة قوية على اتساع الرئين وعبوب تكونه لهما تأثير على فعل
 التنفس فلذلك نمو الصدر والرئين معا في آن واحد ففي الازمنة الاول من
 وجود الشخص لا يكون الصدر الانحويضا ضيقا جدا وجدرا نه في الابتدء
 زائدة الرقة بحيث لا تكون الاغلاية قابلة للانهاء ويرسم في مركزها انصاف
 دوائر مبيضة تكون فيما بعد هي الاضلاع وكلما تقدم الحين في السن ونمت
 الرئين يزيد الصدر في الاتساع فيعظم تجويفه ولا سيما من الاسفل لان البطن
 في الابتدء يتكون منه وحده معظم حجم بدن الحين ويرسم على الجدارين
 الجانبيين من الاعلى لهذا الصدر تتوان صغيران مستديران فيهما بعض
 بروزهما اصل الذراعين والجزآن الجانبيان لا يذهب احدهما نحو الآخر بل

يتقيان متباعدين ليتمان التجويف الصدرى الذى يكون فى الابتداء مفتوحا
ثم ينسد ويبقى دائما على هذا الانسداد ما لم يحصل فيه عيب من عيوب التكون
وفى وقت الولادة يكسب الصدر اقطارا عظيمة ومع ذلك يبقى بالنسبة للبطن اقل
سبعة من نسبه له فى زمن متقدم عن ذلك وسما فى البالغين ثم فى مدة اكتساب
التجويف الصدرى فى الاتساع والارتفاع الابعاد التى يصل بها شيا فشيا
الى الحالة التى يلزم ان يكون عليها عند الولادة تحتاز الرئتان ايضا
الدرجات المختلفة للنمو وهما وانما ابتداء ظهورهما يكون نحو الاسبوع السادس
ويكون انخفض من القلب ويقال عموما انهما اقل حجما منه قال بليار
قد تسرى مشاهدتهما فى جنين عمره ثمانية اشهر شرحته بتشديد الرأى
مع بعض اطباء فكان شكل القلب منه ككرة صغيرة مستديرة فى حجم حبة
دخن والرئتان بدلا ان تكونا صغيرتين جدا كما قالوا كانتا متعاقبتين بجانبيهما
على شكل حوصلتين شفاقتين مسترختين اكبر حجما من القلب ومحورتين
من الباطن وتسرنا كيد ذلك فيهما بالنظارة المعظمة وتلك الاعضاء الصغيرة
المرززة مع بعضها الراضية المستندة على غشاء رقيق جدا يفصل الصدر عن البطن
وهو الحجاب الحاجز والرئتين فى الابتداء سطح املس مبيض لكن كلما تقدم
الجنين فى السن ظهر بعض تقاوير تدل على انفصال القصوص عن بعضها
ثم ترسم على السطح الظاهر للرئتين خطوط تدل على تقسيم القضيصات
فتكونان حينئذ مبيتين محبتتين وتأخذ فى النمو اوردهما وشرايينهما
وفروعهما الشعبية ويزيد حجمهما مع زيادة اتساع التجويف الصدرى ويصير
لونهما ورديا وفى زمن الولادة يوجد فيهما الصفات التشريحية التى يلزم ان يذكر
فيها بعض كلمات قليلة

وذلك ان الرئتين من الشهر السادس الى التاسع يكون شكلهما كالشكل الذى
يكون لهما فيما بعد غير ان لونهما يختلف حينئذ باختلاف الاطفال فيكونان
متنقعي اللون اتقاعا يختلف قله وكثرة او ملوطين تلونا كذلك على حسب حالة
امتلاء الشخص او قلة دمويته وفى بعض الاحوال يوجد على سطحهما نكبات

حمر على شكل الحزاز ويقرب للعقل ان هذه هي النكت التي تشاهد على سطح
الرئتين في البالغين ضاربة للزرقة وفي احوال اخرى يكون لون الرئتين مبيضا
او ورديا كالحما فيشبه لون رثة العجل او الثور قال بليار قد شاهدت مرتين
في رثتي البالغين هذا الانتقاع مع زوال المادة الملونة من سطحهما وهل
ذلك كان فيهم نتيجة تغير في اللون الاصلى الخلقى المنسوج الرئوي اظن
ان الامر كذلك

والرئتان مدة الحياة داخل الرحم تملآن التجويف الصدري كله وتضغطان
بجدرانها بحيث ينطبع فيهما احيايات اثر الاضلاع التي تكون دائما في الطفل ابرز
في الباطن منها في الكبار البالغين فلا تنس ذلك الانطباع الذي قد يظن
انه نتيجة او علامة لحالة مرضية قال بليار وقد رأيت هذه الهيئة نفسها في بعض
البالغين ويمكن انها تكون مدة الحياة داخل الرحم وبقيت الى ذلك السن
المتقدم واذا كان الامر كذلك فلا ينبغي ان تعتبر في البالغين كما في الاطفال ايضا
نتيجة ورم عارض في العضو واذا كان بروز الاضلاع في البالغين ليس كافي
الوضوح بحيث تنضغ منه تلك الانخفاضات في الحافة الخلفية للرئتين يكون
توضيح هذه الظاهرة اقل تعسرا اذا اخترنا ان ذلك حصل في زمن من الحياة
كانت الاضلاع فيه ابرز وبقيت تلك الهيئة محفوظة دائما مع التقدم في السن
وقد سمعت ان لاهنك تشكك تشككا عظيما في امكان حصول تلك الانخفاضات
الرئوية المحاذية للاضلاع قال لان هذه الاضلاع ليست زائدة البروز حتى
تحصل منها تلك الهيئة انتهى غير ان التوضيح الذي ذكره بليار يزيل تلك
التشككات

واذا فتح صدر طفل لم ينفس وجد فيه مشابة تقرب للتمام بين الغدة المسماة
تيموس والرئتين فيظهر ان هذه الغدة رثة ثالثة مع انه لم يدخل فيها فرع من
الفروع الشعبية وانما تبناها على هذه المشابة لان هذه الغدة بعد الولادة تبقى
حافظة لهذه الهيئة فيصعب ان نخدم مبدأ مقابلة واهتداء للبحث الذي يرا دفعه
في منسوج الرئتين المتنوع او الغير المتنوع بالتشخيص انتهى بليار قال ولغير

ولزدهنا بعض تبهيات في تلك الغدة التي هي عضو وقفي كثير اما يحمل البحث فيه وذلك اثنا سنتين من هذه الكايات القليلة التي ذكرها بليار في هذه الغدة انه لم يشاهد فيها شيئا مخصوصا لا في حالة السلامة ولا في حالة المرض لندرة تغيراتها ولكن قبل ان نذكر بالاختصار التغيرات التي ذكرها المؤلفون نذكر بعض تبهيات ذكرها اوجستيد في حالتها الطبيعية ونموها فتقول لا يميز آثار منها قبل الاسبوع التاسع او العاشر وفي الشهر الثالث تكون قائمة من حبتين موضوعتين على جانبي القصبة وذلك هو الزمن الذي تكون فيه اصغر بالنسبة لغيرها من اعضاء الصدر وفي الشهر الرابع يعظم حجمها وتكون موضوعة على قاعدة القلب وتمتد الى اعلى القسم الترقوى ويقوم تركيبها حينئذ من فصين يشاهدان جيدا ويسهل ان يشاهد بالعين تركيبها الجبوي ثم يأخذ حجمها في الزيادة تدريجيا الى تمام الحمل غير ان منسوجها الذي صار مع ذلك اكثر خلوية يقص ثقله الخاص كلما تكوت خلاياها بحيث اذا قوبل هذا الثقل بثقل الماء وجد انه في الشهر الثامن ١٠٩٩ و في الشهر التاسع لا يكون الا ١٠٧١ و اما مقدار وزنها حينئذ فيختلف كثيرا فالطبيب اوجستيد شاهده انه يكاد ان لا يبلغ درهما في المولودين الصغار النحاف ويزيد عن نصف اوقية في الاطفال الكبار البنية الجيدى التغذية وقابل جملة من تيموس الاطفال الذين ماوا في الولادة فلم يجد منها اثنتين متساويتين في الحجم وان كان اغلبها من درهمين الى ثلاثة وخالف اوجستيد رأى معظم المشرحين فقال ان التيموس لا تفقد شيئا من حجمها في السن الاول اى سن الطفولية وانما تزيد مع زيادة الاجزاء الاخرى من الجسم اقله الى سنة او سنتين ولم يذكر اوفشير هذا للمشاهدات الاخرى لا اوجستيد في حالة التيموس بعد السنة الثانية واعتذر بانه اقتنى اثر بليار الذي جعل بحثه في امراض الاطفال مقصورا على هذا الدور من السن الاول وسيأتى لساعته ذكر تغيرات هذا العضو لما خوذت من المشاهدات في آخر فصل امراض الرئتين والشعب والقلب ومنسوج الرئة التي لم ينفذ فيها الهواء يكون هابطا على نفسه مسترخيا مجرا

كمنسوج الطحال لانه وان كانت القناة الشريانية موجودة بحيث تدور في الدم بان يمر مباشرة في الاورطى الا انه يتخذ مقدار منه ولا بد في الرئين اما بواسطة الفيضان الميخاني اوانه يسرى فيهما لتغذيتهما بحيث تكون الشرايين والاوردة الرئوية في الغالب مملوءة بالدم في مسافة عظيمة من منسوج الرئين وتكون الشعب احيانا مملوءة برشح دموى خفيف مع ان لونها في العادة وردي متفتح

ومنسوج الرئين بعد الولادة وقود الهواء الذي يستنشقه الطفل فيع ما يصير اخف مما كان مقرعا ولكن يوجد فيه دم اكثر مما يوجد في رئة الكبار البالغين ولا يختلف عنه في غير ذلك ولتنبه على ظاهرة عظيمة الاهتمام وهي انه يوجد في معظم الاطفال الصغار احتقان دموى واضح في الحنافة الخلفية للرئين وسبب الرئة اليمنى وقد ذكر ذلك شوسبير من زمن طويل لكن من الواضح ان هذا الاحتقان ظاهرة ميخانيكية رمية قال بليسا ويغلب على الظن ان كثرة ذلك في الرئة اليمنى ناشئة من كون النساء الراهبات المقيدات لمراعاة الاطفال في بيت اللقطاء يحاذرن على ان يجمعنهم عند النوم على جانبهم الايمن لامور وهمية عامية عندهن ثم مع وجود هذا الاحتقان في منسوج الرئين لا تكون الشعب دائما خروا بل قد تتميز ببياضها تميزا اكيدا عن المنسوج الخاص الرئوى الذي يكون احمر

الفصل الثاني

في عيوب تكون هذه الاعضاء

قد تعدم الرئتان او احدهما كالقصب الرئوية ايضا واحدى الشعبتين كلا او بعضا في عديم المنخ وشوه انسداد القصب مع عدم وجود الجمجمة وقد يشاهد صغر زائد في الرئين لواحدهما اوضيق في تجويف الصدر او دخول الاحشاء البطنية في ذلك التجويف بسبب عيوب تكون في الجباب الحاجر وقد يشاهد في الرئين اللتين احدهما ذات قصير والاخرى ذلت ثلاثة قصور منفصلة عن بعضها بشقوق عميقة انهما صارتا كتلة واحدة بدون انفصال او بشقوق

عكس الشقوق التي توجد في الحالة الاعتيادية او مع زيادة او نقص في عددها
وكثيرا ما يشاهد تحول الرئة اليمنى في محل اليسرى وبالعكس مع انقلاب
القلب وقد لا تكون الرئتان محويتين في الصدر اذا بقيت جدران هذا
التجويف غير تامة بسبب عيب اصيل في تكوينها وذكر هالبر ان هذا العيب
في الجدران الصدرية اندر منه في جدران البطن

وعيوب التجويف الصدري دون غيره من تلك العيوب هي التي تمنع انبساط
الرئتين في حالة التنفس فتسبب في المولودين عوارض ثقيلة اذ لا يخفى التعب
العظيم الذي يحصل في التمدد الخالص للرئتين والاعراض التي تحصل عنه
اذا كان هناك فتق حجابي خارجي خلقي بسببه دخلت المعدة والترب والامعاء
في الصدر لكن ليس بلازم ان يتسبب من مثل هذا العيب العظيم الذي
في تجويف الصدر تكدر واضح في وظائف الجهاز التنفسي وقد يحصل من
مجرد تغير الشكل اعراض ربما ظن كونها نتيجة آفة في الشعب او البلورا
او الرئتين وقد تكون تلك الاعراض قليلة الوضوح في زمن الولادة ولا يمكن
كلما تقدم الطفل في السن ونمت وظائف التنفس فيه واستدعت عظم اتساع
في جدران الصدر عارض ضيق تلك الجدران وانخفاضها تمدد الرئتين وتسبب
عن ذلك عوارض ربما نسبت لآفة في الرئتين او الشعب اذ لم يثبت فتح الرمة
سلامة تلك الاعضاء

وها هي مشاهدة فيها عيب تكون في الصدر وعسر في التنفس وهي ان طفلا
عمره عشرة اشهر دخل المارستان في الرابع عشر من اووت وكان منتقع اللون
هزيل وفي صدره من على الجانب انخفاض عظيم وكانت اطرافه اى يديه
ورجله طويلة ومفاصله غليظة جدا وفيه ابتداء حدة في القسم الظهري
من السلسلة القلبية وبطنه في العادة كبير الحجم ومن مدة ثلاثة اشهر اصيب ذلك
الطفل بسعال مستدام وعسر تنفس يزيد اذا نام على ظهره او تحرك عند
الرياضة وكثيرا ما كان يتقطع نومه باختناق فجائي يزول حالا متى رفع
هو صدره او رفعه غيره وكانت حرارة الجلد مرتفعة جدا محركة والنبض صغيرا

خطيا

خيطيا متواترا ولا يسمع من القرع الاصوت مكتوم (علاجه ماء الخطمية
 المصمغ ولعوق ولبن عمزوج) وفي السادس عشر لم تتغير حالته العامة وانما كان
 هنالك صباح شاق قصير وفي السابع عشر اضطراب ولون بنفسجي في الوجه
 وصباح اتيني وسحنة تعلن بالتألم ونبض شديد السرعة وحرارة محركة حمية
 (علاجه اربع علقات على قاعدة الصدر وحام خردلى في القدمين والخطمية
 المصمغة والحمية) وفي الايام التالية كانت حالته كما ذكر تقريريا ولم يظهر له
 خفة من وضع العلق وانما زاد انتقاعه وقل اضطرابه ودام عسر تنفسه ثم مات
 في الثالث والعشرين من اوت ولم تفتح جثته وجد المري سليما والغشاء
 المخاطي للمعدة متلونا بلون مسمر ومتكرشا ووجدت مخاطية كثيرة في المعاء
 الدقيق الذي وجد غشاؤه الباطن سميكارخوا عديم اللون ووجدت ضفائر
 جرابية منتفخة فيها بعض اجرار في الثلث السفلي للفانقي واندفاع جراحي
 في قولون واما الرئتان والشعب فجيدة السلامة الا انها منضغطة انضغاطا
 شديدا بجدران الصدر الذي قطره المستعرض صغير جدا والفوهات
 الجينية منسدة والجوهر المخي سليم وان كان هنالك مقدار عظيم من مص
 في البطينات الجانبية

فاذن يكون عسر التنفس والسعال المصاحب له في هذا الطفل نتيجة قلة نمو
 التجويف الصدري لانه لم يوجد معه نزلة شعبية ولا التهاب رئوي مع ان هذا
 الداء كان مظنونا معه وعولج بعلاجه وقد الف دويتر رسالة عظيمة الاهتمام
 في هذا الموضوع وذكر فيها انه كثيرا ما شاهد في هؤلاء الاطفال انتفاخا
 في اللوزتين بحيث اضطرت لقطعهما قال اولفير رأيت في طفل ولد في سبعة اشهر
 ونصف انخفاضا في الطرف السفلي من القص بدون تغير في شكل الاضلاع
 وكان تنفسه من وقت ولادته عسرا وصياحه مستداما فهل كان ذلك ناشئا من
 التعب الذي كان يكابده عند التنفس بسبب التغير المعيب في الشكل
 او هو نتيجة ضعف خلق في الطفل قال وليس عندي امر يقيني في ذلك غير
 انه بعد ثلاثة ايام حسنت حالته العامة وقلت سرعة تنفسه مع وجود الانبعاج

القصى وهو الان سليم النمو قوى البنية انتهى

الفصل الثالث

في امراض البلورا والرئين والشعب قبل الولادة

يصح ان تقسم امراض البلورا والرئين والشعب الى ما يعرض مدة الحياة داخل الرحم والى ما يعرض بعد الولادة حالا فليكن هذا الفصل مشتملا على مباحث

المبحث الاول

في الالتهاب الخلقى في البلورا والرئة

يجوز ان يصاب الجنين قبل ولادته بالتهاب البلورا والرئين وقد ذكر جملة من المولدين وسبب امور سوس امثلة من ذلك واكد ذلك بليار بمشاهدات شاهدها ايضا فقال قد وجدت في ثلاثة اطفال ماتوا في اليوم الاول من ولادتهم تغيرا في احدى الرئين متقدما بحيث يظن انه ابتدأ فيهم وهم في بطون امهاتهم وكانت الرئة اليسرى خصوصا في اثنين منهم شديدة التكبد في قاعدتها فاذا لم يكن تغير المنسوج حاصل في مدة الحياة داخل الرحم كان قريبا للعقل انه حصل مدة الولادة او بعدها حالا وبالجملة هو من عوائق حصول التنفس وبموجب ذلك سبب موت هؤلاء الاطفال وهما في مشاهدة عظيمة الاهتمام ذكرها بليار في التهاب رئوى خلقى وهى ان طفلا ولد في مساء السابع والعشرين من جنفغير ووضع عند الصباح في بيت القضاة فمات حالا الى بيت المرضى بسبب ما فيه من الضعف الزائد فكان صغير البنية منتقع اللون نحيفا وتخطيط وجهه منجذبة الى الخلف واحيانا يصير وجهه بنفسجيا وكان تنفسه عسرا وضربات قلبه خفية ويظهر في معظم صدره بالقرع صوت اصم فكت ثلاثة ايام في الحالة المذكورة ولم يظهر فيه اعراض غير ذلك ومات في الثلاثين من جنفغير وعند فتحه وجد الجهاز الهضمى سليما والمعدة الغليظة لم يزل مملوءا بالقي والرئة اليسرى مقرقة ومحتقنة قليلا بالدم واليمنى متكبدة في معظم سماتها ووجد في محل من قاعدتها غلظ في حجم جوزة كبيرة تحول فيها منسوج

الرئة الى لب محمر في قوام الامراق ووجد الغشاء الباطن لشعبها سميكا احمر ويحتوى على مادة مخاطية سميكة صديدية شديدة الالتصاق ومخلوطة بنخيوط دموية ووجد القلب محتقنا بالدم والقناة الشريانية مطلوقة وابتدأ ثقب بونال في الانسداد واما البلجمة فلم تفتح

فمن الواضح ان هذا الفساد المتقدم في الرئة كان نتيجة التهاب رئوى موجود في الطفل عند الولادة وكان هزاله وضعفه الزائد وعسر تنفسه نتيجة هذا الالتهاب الرئوى الخلقى الذى لم تزل تقدماته وسيره آخذة في الزيادة حتى عطلت وقطعت الظاهرات الاولى للحياة وقد يحصل للطفل في مدة اقامته في الرحم مجرد احتقان رئوى ويحصل منه له اذا ولد عوارض تكون اقل كلما كان مكث هذا السائل في الخلايا الرئوية امنع لدخول الهواء فموجب ذلك يمنع حصول التنفس

والتهاب البلورا قد يحصل ايضا للجنين قبل ولادته وبرهان ذلك مشاهدة ذكرها بيليارد وهي ان طفلا نثى عمره يومان دخل المارستان في اليوم الرابع من اكتوبر وكان منتع اللون فحيفا جدا ولا يتنفس الا بعسر ونبضه عظيم الاعتبار بعدم انتظامه وصحته تتغير تغيرا عميقا في بعض الاوقات ويسمع في الجهة اليسرى من الصدر بالقارع صوت اصم ويعسر ان يسمع ودخول الهواء في الجزء العلوى منه اذا وضع عليه السمحاق (علاجه السمير المصغ والصوق والاقتصاد في الرضاع) وفي الخامس كانت حالة الطفل كما ذكر ومات في السادس وفي فتح جنته وجدت الوريقة الصدرية والرئوية من البلورا اليسرى منقطة بنقط حمر معمة وكان في هذا الغشاء وسيما جزؤه المغطى للاضلاع مموكة ويوجد بينه وبين الرئتين التصاقات خلوية آلية متينة كالتي توجد في البالغين بعد اصابتهم بالتهاب بلوراوى ووجد في سمك البلورا تحبيبات صغيرة كثيرة جدا وفي ذلك المحل التصاقات احدث من الالتصاقات السابقة لان قوامها كان زلاليا ووجد منسوج الرئة في هذه الجهة محتقنا جدا والفتحات الجنينية خالصة وليس في المخ شئ عظيم الاهتمام ووجد في القسم

اللفاتني الاعورى خمس عشرة ضفيرة جرابية شديدة البروز والسمة
فهذا الطفل كان معه عند الولادة التهاب بلوراوى مزمن كان يقينا هو سبب
ضعفه الزائد الذى لا جله يمكن ان يؤمر له بالمقويات مع ان الاحتراسات الاول
التي كان محتاجا لها انما هى مقاومة الالتهاب الذى انتهى سر يعا بموته
فهذه الامور الواقعية تدل على ان الطفل قد ولدومعه التهاب رئوى اوبلوراوى
خلقي ووقظ انتباه الاطباء للاحتراسات التي يلزم التمسك بها في البحث عن
اسباب الضعف الذى يوجد في المولود عند ولادته حتى يؤمر له بما يكون
انسب لحاله

قال اولفير وتلك المشاهدات التي اجتنها بليار والتأملات والملاحظات
التي ايداهاتاً كدت بالبحث والتفتيش بعد ذلك من الطبيب الماهر كروفليير
فانه قال في بحث امراض الرئة في الجنين من كتابه الذي في التشرح
المرضى مانصه ان اكثر الامراض التي تعرض للجنين والطفل المولود جديدا
هى التي تصيب نفس منسوج الرئة والظاهر ان الداء انما يسبق الولادة ببعض
ايام بل يمكن ان يكون نتيجة قريبة للحركات الاول التنفسية التي تجعل للرئة
احوالا جديدة فمن الواضح ان النمو الجزئي للرئتين او الترشع الرئوى الذى يشاهد
في الاطفال الذين ولدوا قبل تمام اشهرهم واستنشقوا الهواء جملة ساعات
واحيانا مدة ايام انما هو نتيجة تعجيل عماسة الدم للهواء في الرئتين اللتين
تركيبهما لم يزل غير متوافق مع وظيفة التنفس وفي احوال كثيرة يكون الداء
موجودا من جملة ايام بل من مدة اشهر فالرئتان حينئذ تظهران باشكل
مختلفة فتارة يوجد فيهما التهاب رئوى فصى فينشرفى وسط المنسوج السليم
في اما كن كثيرة فصيصات او جملة من فصيصات منبسة او مرشحة وتارة
يستولى الالتهاب على سعة عظيمة اى كتلة واحدة من الرئتين بل لا يندروجدان
استيلانه على جميع الرئتين وكثيرا ما يشبه المنسوج المريض في الجنين المنسوج
المصاب بالالتهاب الرئوى في الاطفال المولودين جديدا واحيانا اخرى يكون
لحميا قال كروفليير فآفات الرئتين كثيرة في الجنين بحيث يصح ان يقال انه يموت

من الاطفال المولودين بامراض الرئتين مثل ما يموت من الكبار البالغين
ولذلك نقول في سبب الموت باسفسكسيا القوابل ان الاسفسكسيا ناشتة من مرض
في الرئتين مقدم على الولادة فان اغلب الاطفال الذين يقال انهم اختنقوا
من القوابل يظهر انهم مصابون بالسكتة وهناك امر ينبغي التنبيه عليه
وهو ان حياة الطفل المولود يمكن ان تبقى زمنا تاما مع سلامة جزء صغير من الرئة
فبالنظر لذلك يختلف التهاب الرئة في الجنين بالذات عن التهاب الرئة في الكبار
لان التنفس من حيث انه للطفل المولود وظيفة جديدة يجوز ان يحفظ فيه
وان كانت حياة الدم فيه قليلة واما الكبير فان التنفس فيه وظيفة تتوافق
وتتنظم معها بقية الوظائف ولا يمكن ان ينقص فعلها الثلث او الربع بدون
ان يحصل تكدر محزن اذ لا يمكن ذلك في الامراض المزمنة وهناك تنبيه آخر
مهم ايضا وهو ان تيسر الرئتين يتوافق غالبال مع سمن الجنين ومع جميع مظاهر
الصحة السامة ولا يندران تشاهد ايضا الشعب مملوءة بمادة مخاطية مخينة
كما في النزلة الحادة وبنى ايضا نتيجة اخيرة لنحود الرئتين مدة الحياة داخل الرحم
وهي ان هذه الاعضاء قد يوجد فيها آفات اعماق جدا منها في الكبار
ثم بعد هذه الاعتبارات العامة ذكر كروفلير ثمان مشاهدات لاطفال لم تزد
معيشتهم عن ثمانية واربعين ساعة ووجد فيهم المنسوج الرئوي مرشحا بالدم
غير قابل لنفوذ السائل منه لوفيه هذه الصفة الاخيرة بدون ترشح بالدم
وفيه ايضا منظر الالتهاب الرئوي المبتدأ ووجد في واحد منهم تيسا سنجابيا
في اربعة اجناس سعة رئتيه وفي واحد آخر بعض فصوص فقط مرشحة بالمصل
والدم وجميع التفرعات الشعبية مملوءة بمصل فحين شبيه بمصل النزلة التي تصل
لدور النضج ووجد في الثامن اوديميا الرئتين فكان لونهما اخضر زيتونيا
وكثير من الاطفال الذين ما يوا ومعهم شور زهرية انما كان موتهم بالتهاب
رئوي اوبآفات في الرئة متقدمة على الولادة وفي واحد منهم وجد المنسوج
الرئوي مرشحا في محال مختلفة منه بالدم والمصل ووجد في آخر التهاب رئوي
فصي متفرح وكانت الرئتان في ثالث متيبستين ومعه نزلة رئوية انتهت

المبحث الثاني

في امراض الرئتين والبالورا الناشئة من الولادة او بعدها
اذا قام من تكدر وظائف عضو مرض في ذلك العضو لزم ان يكون مثل ذلك
تعسر حصول وظائفه او عدم امكان حصولها ومساعدة الصناعة ليست
مخصوصة فقط بما اذا تعطلت الممارسة الصحية للعضو بوجود آفة تشرىحية
او سبب طبيعي مشاهد فيه بالحواس وانما يكفي ايضا ظهور اى ممانع كان يمنع
ظهور الحياة في الاعضاء حتى تضطر مساعدة الصناعة لتبعيد الاسباب القرية
والبعيدة المانعة لاطلاق الوظائف فلنجعل في هذا المبحث جملة مطالب

المطلب الاول

في فقد التنفس او عدم كماله

رئتا المولود لم يحصل فيهما مدة الحياة داخل الرحم الا التركيب الاكى المناسب
لقبولهما في خلاياهما الهواء والدم اللذين سيحتاجان فيهما اجتيازنا ناشئان
الحياة الغير المتعلقة بشئ ثم في زمن الولادة يحصل فيهما ظاهرات تستدعي
الانتباه والغالب انهما يتمان حالا بدون عائق وظائفهما الجديدة لكن في بعض
الاحيان قد لا يحصل التنفس فلا يدخل الهواء في الخلايا الرئوية وتنبه قابرون
على انهم يسمون تسمية مبهمه باسم فكسيا المولودين اى اختناقهم احوالا كثيرة
مختلفة في الجهاز الدورى والتنفسى تمنع حصول الحياة في الطفل المولود
فلذلك نسمى هذه الحالة التى نحن بصدد ها هنا بالحصول الغير التام للتنفس
وقد ثبت من تجربات هالير ومن التى فعلها بعده بكلار ان الجنين مدة اقامته
في الرحم يحصل منه في وسط مياه الامنيوس حركات شهيق وزفير ويلزم
ان يبقى ادخال الهواء كما ظنوا غريبا عن هذا الفعل الاولى للتنفس بل ربما
دامت هذه الحركات بعد الولادة ضعيفة القوة غير كافية لدخول الهواء في الرئتين
اما لكون خلاياهما لا تمددا وان الشعب تحتوى على مواد مخاطية بخينة
ملتصقة بجدرانها ومع ذلك يمكن ان يعيش الطفل بهذه الحالة بعض ساعات
بل بعض ايام واذا بحث في الرئتين بعد موته لم يوجد فيها اثر هواء

قال بليار قد اتفق على مشاهدة ستة اطفال عاشوا زمنا يختلف طوله بدون ان يتغذى في رثتهم مقدار كبير من الهواء حتى تطول به حياتهم وكان جميعهم عظيم الاهتمام بسبب ما فيهم من الضعف الزائد وبطئ حركاتهم والتغير الخاص بصياحهم الذي يشبه الفواق الحاد المتخفى واتفق ان ثلاثة توأم حملوا ليت اللقطة في الحادى والعشرين من اكتوبر وكان اصغرهم في الجسم مؤثما عظيم الاهتمام ببطن حركته وهبوط بدنه والطبيعة الخاصة لصياحه الذي لا يقوم الامن ترجيع حاد منقطع شاق وكان صدره يرتفع وينخفض بانتظام غير انه يسمع منه بالقرع صوت اصم في جميع سعته ولا يسمع منه بالمسماع لغط التنفس وقلبه يضرب في الدقيقة خمسين دقة فسقى ذلك الطفل بعض ملاءع من ماء سكرى وحفظ في حرارة مناسبة وعمل على صدره ذلك جاف ومع جميع هذه الاحتراسات مات بعد ولادته بثمان ساعات ولما فتحت رثته في اليوم التالى وجد الحبل المسمى ايضا رخوا فربطت القصبة الرئوية من تحت الحنجرة ونمست القلب والرئتان في الماء فرسبا في قعر الاناء حالا مع ان منسوجهما لم يكن محتقنا وانما وجد في الحافة الخلفية للرئة اليمنى فقط بعض احتقان خفيف وفصل كل فص من الرئتين ثم نمست في الماء فرسب جميع القصوص بسرعة متساوية ووجد القلب ممتلئا بالدم والقوهاد الجنينية خالصة فالتنفس في هذا الطفل لم يحصل وان الهواء لم يتغذى الا في الفروع الاوائل الشعبية حتى انه مات لا بالاسفكسيا فقط بل ايضا من عدم حصول التنفس

وليس من العادة ان يشاهد فقد الهواء بالكلية في الاطفال الذين يعيشون زمنا بالحياة الجنينية كالطفل الذي ذكرناه سواء حفظ دمهم الاصل المحي الذي قبله من الام وان او كسيجين الهواء الممتص بالجلد او الاغشية المخاطية تغذ في دورة الدم وان هذا الاصل المحي لم يرزل الى هذا الوقت غير مهم الاعتبار كما يكون فيما بعد وكثيرا ما يشاهد جزء عظيم من الرئتين لم يدخل فيه شيء من الهواء في الاطفال الذين لا يوجد فيهم الاحتقان الدموى العام الذي يشاهد في الاسفكسيا الحقيقية وانما يوجد فيهم انتقاع في اللون وضعف زائد

وهذه الحالة هي التي تستدعي ان تسمى تسمية حقيقية بضعف المولودين
ويلزم الاحتراس من معالجتها بالا فصاد انتهى بليار
قال اولفير والحصول الغير التام للتنفس في الطفل المولود الذي هو ظاهرة
شاهدتها جيدا بليار كانت موضوعا عن قريب لاجتات وتفتيشات جديدة
من الطبيب جويرق هو يرى ان المشيمة هي عضو التغذية وتكسج دم الجنين
في الشهر الاخير من الحمل كلما قرب زمن الوضع كان الجنين احوج لاوكسيجينية
اعظم ويريد في ذلك الاحتياج طلق الولادة ايضا بحيث يقهر المولود على التنفس
ويلزم بالطبيعة ان يأخذ في الزيادة كلما زاد تعطيل وظائف المشيمة وانقطعت
بالكلية مدة طلق الولادة الذي يختلف مدته اذ لا يخفى مقدار الاهتمام في كون
التنفس يتم بالكلية بعد الولادة حالا حتى تحصل الدورة نفسها فاذا لم يكن الامر
كذلك ولم يتم التنفس نتج من ذلك اولا الهبوط والانخساف في الرئة ثم الانسداد
وعدم نفوذ شيء في الحوصلات الرئوية المنسوبة لسعة عظيمة من الرتين وهذه
الحالة المخصوصة في المنسوج الرئوي تعرض بدون التهاب اورشخ على السطح
او قبيح وانما تكون من عدم نفوذ الهواء فالتنفس لا يكون تاما والسائل لا يصل
لجميع الحوصلات الرئوية فتبقى هذه عند ذلك هابطة مخسفة على نفسها
وينتهي الحال بانسدادها واجزاء الرئة التي بقيت هكذا غير قابلة لنفوذ الهواء
فيها تبقى حاقطة لجميع صفاتها كما كانت في المنسوج الرئوي للجنين مدة الحياة
داخل الرحم فلا تمدد بهذا السائل وتتوافق تلك الحالة المخصوصة للرئة مع بقاء
الحياة مدة ايام بل مدة اسابيع لكن اذا بحث في الرتين بعد الموت لاجل
الاختبار والامتحان يشاهد ان كل جزء من الرئة صار غير قابل لنفوذ شيء فيه
بسبب التصاق جدران الحوصلات ببعضها فيرسيب ذلك الجزء دائما في قعر الماء
الذي انغمس فيه

وذكر جويرق من الاسباب التي ينسب اليها عدم النفوذ في المنسوج الرئوي الولادة
السريعة او الزائدة السهولة والتي حصل للرأس فيها انضغاط قوى امام
مروره من الحوض الضيق جدا وامام من جفت الولادة فلاجل ان يظهر

في الطفل احتياج التنفس ويصل للدرجة اللازمة يلزم ان تطول مدة الولادة وان تقبض الرحم مرات كثيرة فينتج من ذلك انضغاط متكرر في الشية يمنع وظائفها منعاً وقتياً متقطعاً وينبغي حينئذ ان يوضع الطفل بحيث يكون فيه واهمه مفتوحين وفي محل يكون تيار الهواء فيه مطلقاً لطيفاً ويجعل على جانبي الصدر ذلك جافاً ووعطرياً ويحترس من شد القمط على الصدر والبطن ويغذى بملعقة لايص الثدي لان المص يعسر قبل ان يتم التنفس بالكلية

المطلب الثاني

في الاسفكسيا التنفسية

الاسفكسيا الحقيقية في المولودين توجد دائماً مع احتقان عظيم في القلب والاوعية الغليظة فاحياءاً ينقذ الهواء جيداً في الرئتين زمن الولادة غير ان الاحتقان الدموي الذي يعرض حالاً يدفعه او يمنع قوده فمع ما بكمية عظيمة كافية لحصول الحياة التامة ومن المعلوم انه يوجد بين الدورة والتنفس ارتباط تام متوافق واضح طول الحياة غير ان نتائج ذلك تكون بالاكتر اظهر في زمن الولادة وبعض الاطفال يولدون في حالة امتلاء دموي بحيث تكون الاعضاء ولا سيما القلب والكبد والرئتان محملاً لاحتقان عظيم وذلك الاحتقان يزيد في الرئتين بواسطة الاضطراب والصباح وربما كان الهواء الذي نستنشقه الاطفال حاراً جداً محبوساً في اوضة ضيقة مسخرة بالداخل كما في بلاد الاروبا فذلك الهواء يقطع التنفس وينتج للاسفكسيا الحقيقية فوجه الطفل يكون في العادة حينئذ بنفسيها ونبضه يكاد ان لا يحس به وصياحه اختناقياً وكثير من الاطفال يولد في هذه الحالة فيفعلون اولاً بعض حركات شبيهة وزفيرية ثم يصيحون كثيراً ويقعون في الاسفكسيا ومنهم من يولد كأنه عديم الحياة ولا يتنفس اصلاً فهنا لا ينقذ الهواء في الرئتين لان خلايا العضو مملوءة كلها بالدم وتلك الحالة الاحتقانية تنشأ في الغالب من عسر الولادة وطولها واول الوسائط العلاج ذلك ان يترك الدم ساعة لا من الحبل السري حسب الامكان ومنفعة هذا الاحتراس ظاهرة يسمى توضيحها ولذلك صارت كثيرة الاستعمال في كل يوم

بحيث لا يحتاج للتنبيه عليها قال بليار وانما لا احب ما اعتاده الناس من
اجتهادهم في مثل تلك الحالة في تحريض صياح الطفل بقصد تنبيهه فعل جدران
الصدر والرتين فانهم لا يعرفون ان حركات القلب زمن الصياح تتواتر وان الدم
يصل بفيضان عظيم نحو الرتين وانما المناسب على رأي اذ اقيمت تلك الحالة
ان توضع علقمة او علقتان في كل ابط ثم يستعمل مع الاحتراس ذلك الحاف
او العطري على الصدر فاذا كانت الحمامات المقوية مناسبة فاذا كان بالاكتر
الافى الحالة السابقة لافى الاسنكسيا الحقيقية فاذن ينبغي تمييز تلك الاحوال
عن بعضها ومعرفة الاسباب المانعة لحصول التنفس ولا تستعمل الوسائط
المخصوصة بماومة العوارض الناتجة منها الامع التمييز ولا ينبغي ان يميل
التأمل لترك المادة المخاطية في الخبيرة والشب فرما كان ذلك هو المانع لحصول
التنفس فستخرج تلك المادة بالاصبع او بزغب ريشة فان بذلك تصير القنوات
الرئوية خالصة مطلوقة فهذه عوما هي العوارض التي تعرض من جهة
الرتين مدة الولادة ولنبحث الآن عن الامراض التي قد يصير مجلسها في الرتين
والشعب والبلورا

المطلب الثالث

في الاحتقانات الرئوية

كثيرا ما تكون الرتان بعد الولادة مجلسا لاحتقانات عظيمة يحصل منها
عوارض يختلف ثقلها باختلاف الاطفال والصفات التشريحية لهذه
الاحتقانات تختلف من مجرد ترشح دموى الى الاحتقان الرئوى التام وربما
عسر وضع حد فاصل بين نتيجة الاحتقان ونتيجة الالتهاب في منسوج الرتين
ولنذكر على سبيل التقريب الصفات التشريحية لذلك الاحتقان في المولودين
فلاجل عدم اشتباه المنسوج الرئوى الذي لم ينفذ فيه الهواء بالمنسوج المتبلك
او المتكبد الذي فيه مانع لنفوذته ينبغي ان يذكر ما نعلمه من ان هناك
مشابهة قريبة بين الغدة تيموس والرتين في الطفل الذي لم ينفذ فيه
تلك المشابهة لتتحقق حالة منسوج الرتين من طفل ففتحت جثته وفرض عدم

تفسه ومن المعلوم ان مرادنا بالتبلك حالة في العضو المجروف بحيث تتراكم فيه مواد قسده ولا يمكن نفوذ شيء منه وذلك التابك في الرئة المانع لمرور الهواء فيها يكون اكثر حصولا في حاقها الخلفية من بقية اجزائها ويوجد في بيت اللقطة في الرئة الجبى اكثر من اليسرى ويبقى منسوج العضو حافظا لتركيبه وصلابته وانما يكون مترشحا بكمية عظيمة من الدم ويسهل زوال تلونه اذ يوضع في الماء لاستفراغ السائل منه وقد تكون الشعب في انشاء المنسوج المختن او المتبلك حمرًا مغطاة بنسج اى افراز مدمم ويوجد مع ذلك التبلك غالبًا احتقان دموى في القلب والاوعية الغليظة وتلك حالة من المهم مراعاتها اذا كان المراد تمييز التبلك عن التكبد وينشأ ذلك التبلك في اترتين غالبًا عن تكدير عرض في سير الدم ونفوذه في القلب والاوعية الغليظة وقد يبتلى زمنًا طويلا بعد الولادة وكأنه نتيجة بعدة لوقوف الدم وكثرت في القلب والرتين مدة الولادة

ولعراض التبلك في الاطفال خفية في العادة فتعسر مشاهدتها لكن منها التعب في التنفس وسوء النمو في جذران الصدر وبنفخية الوجه والتلون العام في الطفل الدال على الامتلاء الدموى في جميع الاعضاء ويكون الصياح خفيا ساقا قصيرا ويسمع بالقرع على الصدر صوت اصم خصوصا اذا ابدل القرع على الجزء المقدم من الصدر بعد الطفل حتى يكون ذلك الجزء منه موضوعا على يدين الطيب ويقرعه قرعا خفيفا على الظهر والاجزاء الجانبية للصدر بسبابة اليد الاخرى او اصبعها الوسطى كما يفعل ذلك بارون مع غاية الاتقان فانه بهذه الكيفية التي اعتاد على فعلها يميز الدرجات في الاصمجة او الرنانية في الصدر فيصل بذلك غالبا الى تشخيص جيد للصحة لامراض الصدر في الاطفال الصغار جدا ولا بأس بممارسة ذلك فانه انتفع من الاسماع مباشرة

ومن حيث ان علاج التابك الرئوى مثل علاج الالتهاب الرئوى الذى ذل الاول درجة له في الغالب يلزم ان نحيل ما هننا على ما هننا وقد يتسبب عن هذا

التلبك اى الاحتقان الرئوى افات كثيرة فى مفسوج الرتين غير ان الاكثر
احداه السكتة الرئوية فلنشرحها على الاثر فى المطلب الا فى

المطلب الرابع فى السكتة الرئوية

هى فى المولودين اكثر حصولا منها فى الكبار البالغين والشيوخ ويتضح
لذلك من كثرة اصابة هؤلاء الصغار باحتقانات الرئة وهى تقوم من انصباب
دم محدود فى وسط مفسوج الرتين وذلك الانصباب يعرض اما يبطى واما
دفعه على حسب الكثرة التى طفا بها الدم نحو الرئة وشدة السبب الذى احدث
هذا القيضان واول من ذكرها لاهنك وشاهدها بعده جندران وكذلك
الطبيب بوليود والف رسائل فمما مشاهدات مهمة منها وعثر عليها بليار
فى المولودين مرات كثيرة وتكلم عليها دينيس فى كتابه ايضا واورد كروفليير منها
جولة مشاهدات ولندكر بعض مشاهدات ذكرها بليار

فمنها ان طفلا انثى عمره ثلاثة ايام دخل المارستان فى اليوم العشرين لاجل
اسهال معصوب بيران شديد منتشر فى جميع اجزاء الجسم وفى السادس
والعشرين صار ضعيفا جدا وبقي زماذة خضراء كثيرة وفى الثامن والعشرين
صار يتقيأ مشروباؤه وكان صياحه اختناقيا ولم يرن صدوره الا فى الجهة اليمنى
وفى اليوم الثالث من ميه كانت حالته العامة كما ذكر وصياحه زائدا لاختناق
ووجهه منتفخا وزال اليرقان منه بالكلية ومات فى الليل فوجد فى الغشاء
الباطن للمزمار احمرار شديد مع تصعد على سطحه غلاى خفيف وكانت الرئة
اليمنى مقرقة واما اليسرى فلم يكن التفرقع الا فى دائرها واما مركز مفسوجها
فوجد فيه ثلاث بورات دموية محدودة كان الدم فى كل منها كتلة واحدة وكان
المفسوج الرئوى متينا كانه متكبد فى دائرته

ومنها ان طفلا عمره يومان ولم يتقطع صياحه منذ ولد وكان ضعيفا صغير البنية
يرقانيا ودرجة حرارة جسمه منخفضة جدا ويحصل له وقتا فوقتا اختناق واضح
بحيث يظن موته فيصير وجهه حينئذ بنفسجيا منتفخا وكان صياحه تام

الاختناق

الاختناقية وضربات قلبه مرتجة غير منتظمة ولا يسمع التنفس الا في الجزء العلوى من الصدر ويسمع من القرع صوت اصم في معظم اجزاء الصدر وبقيت تلك الحالة الى اليوم الثالث من اكتوبر ثم مات الطفل في حالة تقايب مواد رغوية مدممة وعند فتحه شوهد احتقان عظيم في قاعدة اللسان والاجسام الدرقية ومثل ذلك في المرى وكذلك احتقان واضح في جميع القناة المعوية التي كانت مغطاة من الباطن بمواد مخاطية ثخينة جدا ووجدت الكبد محتقنة بالدم والصفراء صافية وقليلة والرئة اليسرى مقرقة وان كانت مرشحة بمقدار عظيم من الدم ووجد طرف اليمنى مسودا ولما وضعت في الماء رسبت في عرق الاناء ولما شقت وجد في منسوجها مقدار عظيم من الدم منسب قطرات منتشرة ومنفصلة عن بعضها باخلية ولم يحصل في منسوج الرئة في محاذاتها تفرقع وبموجب ذلك يظهر ان الهواء لم يدخل فيها ووجد ثقب بؤتال منسد والقناة الشريانية لم تزل مفتوحة والشعب ممتلئة بمواد مخاطية مدممة صعدت حتى وصلت للقصبة والحجرة ووجد بعض مصل في بطينات المخ الذي كان لبه اصفر فيه بعض لين فمن الواضح ان في هاتين الحالتين تسبب عن هذه الانصبابات الدموية في منسوج الرئتين اللتين عسر دخول الهواء فيهما الاختناق والحالة العامة للطفلين وتغير الصياح وانتفاخ الوجه وتلوونه باللون البنفسجي ثم الموت وشاهد بليارمئالا يقرب من ذلك وجميع الامثلة التي شاهدناها بليارليس فيها سكتة رئوية من دوجة وهما ومثال للازدواج عنبره اولفير في طفل ظن موته من الولادة وكافه الشرع ان يبحث في حالته بالتشريح قال وكان موضوع هذا البحث شابة عمرها ثمان وعشرون سنة وولدت قبل هذه المرة ولدا حملته مع غاية الاحتراس الى بلدها ثم حملت بهذا الحمل ثانيا وولدت عند تمام اشهرها وكان الطفل صغير البنية ضعيفا جدا يعسر ان يسمع صياحه الذي كان يحصل منه زمنا فزمنا ففعل معه غاية الاجتهاد لاجل التقامه الثدي فلم يمكن فاعطى بعض ملاعق من ماء محلى بالسكر ثم بعد بعض ساعات شاهدت امه انه برد فدفكت سطح جسمه ولفته بنحرق حارة فلم يند ذلك شيأ بل زاد البرد ومات

الطفل بعد الولادة بنحو ثمان عشرة ساعة ولم يوجد في ظاهر جسمه اثر اختناق ولا غيره من الاسباب القوية الظاهرة وانما شوهة تحول الرئتين معا الى كتلة سوداء رخوة خرج منها بالشق خلط دموية فيها بعض لين ولم يعرف فيهما جيدا المنسوج الرئوي ما عدا بعض محال من الحافة المقدمة لهما ووجد في هاتين الرئتين مقدار يسير من الهواء وكان ذلك الترشح الدموي في جميع سمك منسوجهما جديدا لان الدم المتراكم فيه لم يكابد تغيرا في اللون ولم يكن فيه رائحة تنه ويقرب للعقل ان هذه السكتة المزروجة حصلت مدة الولادة او قبلها يسيرا انتهى

فنستنتج من جميع ما سبق ان هذه السكتة الرئوية قد تتبع احتقان الرئتين او تصاحبه وان علامتها المتسلطنة هي عسر التنفس واختناق الصباح واختناق الطفل وان يعلم من القرع عدم وجود الهواء في الرئة التي هي مجلس السكتة ويحصل احيانا اندفاع مواد مدعمة وقد ثبت من المشاهدات المذكورة وبما ذكره المؤلفون ان هذه السكتة تختلف درجات شدتها كثيرا فتكون صاعقية ومتوسطة ومحدودة وقابلة للتحلل فالصاعقية تقتل في الوقت كالسكتة الخمية التي في اعلى درجة وشوهة في حالة انه حصل للمريض عسر تنفس فجائي شديد جدا فانتقع لونه وصغر نبضه جدا ومات بعد ذلك باللمظة ووجد في الجانب الايسر لصدره انصباب مصل مدم وخلط دموية مسودة وجزء من ذلك محوى في سمك قاعدة الرئة وقديموت المريض بعسر تنفس شديد بحيث لا يعلم سبب ذلك ثم اذا فتح وجدت فيه امارات السكتة الرئوية وقد تكون درجة سرعة الموت اقل من الحالة السابقة فقد شوهدا الوجه بنفسجيا والتنفس متورا جدا بدون تضائق والنبض يكاد ان لا يحس به وحصل مع ذلك قشدم خالص لكونه قليل يختلف في اللون وسبب استدام ثم موت الطفل في اليوم الخامس في حالة شبيهة بحال حيوان انضغط فيه المخ او شخص معه نصف اسفكسيا او تجلد بالبرد والصفات التشريحية لهذا تقرب من غيره وهناك احوال واشكال اخر غير ذلك موضحة في المؤلفات يطول بنا المقام لو ذكرناها

فقد علمت مما ذكرناه ان تشخيص السكتة الرئوية عسر في الاطفال كما هو كذلك في الكبار في اغلب الاحوال ولكن نقول ان نكت الدم ليس علامة دائمة لها فقد توجد السكتة بدون نكت والنكت القعاني المهلك يكون غالب نتيجة تمزق جيب انور سجاوى في سلك الرئة والشعب وقد تشبه السكتة الصاعقية سواء كان معها نكت ام لا يتمزق الجيب المذكور بل ويتمزق نحو قوس الاورطى الانورسمى واما السكتة المتوسطة المحدودة فتظن بالاعراض التى ذكرناها وهى عسر التنفس والسبات وبعض اسفكسيا وصغر النبض مع نكت دم اسود وطعن كروقلير في القرع والاسماع وقال كيف يعرف بهذه الوسائط النوى الصغيرة الدموى المنتشر في سلك الرئة وان كان لا هنك ذكر علامتين رئيسيتين للتلبك الرئوى تؤخذ ان من الاسماع الاولى عدم التنفس في سعة صغيرة من الرئة والثانية خرخرة قرعمية توجد فيما حولها غير ان هذه العلامات قد تعدم بالكلية مع ان الرئة يكون فيها جلة من نوى صغيرتين كبير الحجم كبيضة الدجاجة الصغيرة ويظهر ان العلامة الاقوى من ذلك لهذه السكتة هى النكت السائل الاسود الغير النتن الشبيه كما قيل بمحلول رب السوس فذلك يدل على بورة دموية تغير فيها الدم واندفع الى الخارج ونقول بالاختصار اسباب هذا الداء خفية في الغالب واخطاره تكون على حسب كمية الدم المترشح

واول الوسائط التى تطلب هنا هى اخراج الدم وذلك في الطفل الصغير يكون بوضع علقه او علقتين في كل ابط لان الضفيرة الوريدية التى توجد تحت الجلد في هذا الموضع متصلة باوعية التجويف الصدرى فيستفرغ من هذه بتلك الواسطة الدم المحتاج اليه دفعة ومن المهم ايضا ان لا يقمط الطفل سواء حال الولادة وفى سن متقدم عنهما متى كان معه الاعراض التى ذكرناها لتلك السكتة لانه اذا اتعب اتسع الصدر وتمدده زيد في خطر الاحتقان واما غير العلق من الوسائط المساعدة فيذكر في معالجة الالتهاب الرئوى المذكور على الاثر

المطلب الخامس

في الالتهاب الرئوى اى ذات الرئة

الالتهاب الرئوى فى الاطفال الرضع يوجد له يقينا صفات خاصة به تميزه عن
الالتهاب الرئوى فى الكبار فبدل ان يكون حاصل من تهيج يظهر فى المنسوج
الرئوى من تأثير الاسباب الجووية التى كثيرا ما تخرض فيها هذا الداء يكون
فى الاطفال الصغار نتيجة وقوف الدم فى الرئتين بحيث يكون ذلك الدم كالجسم
الغريب فيساعد على تغير منسوج الرئة ويختلط به ويصير آليا مشاهبه له
فيمتكون عن ذلك ما يسمى بتكبد الرئة ولذا كان الغالب ان ذات الجنب تتبع
الاحتقان اى التلبك الرئوى وقد علمت ان هذا التلبك فى الرئة الجنى اكثر منه
فى اليسرى بل وفى الحافة الخلفية للرئتين اكثر من بقية اجزائهما فيلزم
ان يكون هذا الالتهاب ايضا كذلك فالتهاب الرئة الذى يحدث تكبدها ينشأ
فى الاطفال غالبا من سبب ميكائى او طبيعى عكس ما يكون فى الكبار
ولذلك كان هذا الالتهاب فى هؤلاء الصغار محدودا فى العادة فيوجد غالبا
مقصورا على المحل المحتقن اولا واما البلور التى فى اغلب الاحوال تلتب
مع الرئة فى الكبار فتبقى غريبة عنه سليمة فى هؤلاء الاطفال

ومتى ظهر الالتهاب جازا ان يحصل منه تغيرات فى المنسوج تختلف اشكالها
ودرجاتها من التكبد البسيط الى الفساد الزائد وهى مشاهدات توضح
المقام ذكرها بلبار

فها طفل انثى عمره خمسة ايام دخل المارستان فى اليوم العشرين من سبتمبر
فكان صغير البنية ضعيفا وجلده شديد الحمرة وحصل له اسهال لمواد كثيرة
خضراء وكان صياحه ضعيفا بل قد يهسرا حيا ناسماعه (علاجه ماء الارز المصمغ
وحقنة نشائية ولبن ممزوج) وفى الثانى والعشرين شوهد وجهه منتفعا
معلنا بالالام وانجذب جناحا الانف الى الوحشية واحاط به دائرة بنفسجية وكاد
صياحه الشاق ان يكون خفيا وكان يسمع فى الجهة اليمنى من صدره صوت
اصم ولا يسمع التنفس من تلك الجهة (علاجه ماء الخبازى المصمغ ولعوق وحمام
قدى خردلى) وفى الثالث والعشرين لم يشاهد فيه اعراض حمية بل بردت
الاطراف وصارت اوديمية وكانت نبضات القلب خفية بحيث لا يمكن عدّها

ومات الطفل في الرابع والعشرين ولما فتحت جثته وجد احمرار مخطط في المعدة وفي ابتداء المعاء الدقيق وخمسة عشر صغيرة جرابية حمراء منتفخة يسيرا في الثلث الاخير من اللثاني ووجد في الرئة اليسرى اسداء تكبد في فصها العلوى واما الرئة اليمنى فجميع سعتها متكبدة وكلما قطعت منها قطعة وجدت تقيية بحيث لا يوجد فيها التركيب الخلوى وترسب سريعا في قعر الماء ووجدت البلور في غاية السلامة والقوّهات الجينية منفسدة والشعب محجرة ومملوءة بالدم ووجد كل من الملح واغشيته شديد الاحتقان ففي هذا الطفل لم تشاهد اعراض حمية واما الاعراض الموضوعية فكانت قطعية واضحة فيلزم ان يوجه الطبيب انتباهه لهذه الاعراض الاخيرة حتى يتضح له في البحث تشخيص الداء واما في المشاهدة الآتية التي كان صاحبها اكثر تقدما في السن فان مجموع الاعراض تؤخذ منها صفة جديدة للداء وبذلك اتضح لنا انه يتنوع بتنوع البنية التي يطبعها فيها السن وهما هي المشاهدة المذكورة

طفل انثى عمره سبعة اشهر دخل المارستان في اليوم الثامن من جوين لاجل التهاب معدى معوى ظهر فيه بعد ان تقح له الجدرى بخمسة ايام وانقاد ذلك الالتهاب لوضع ثلاث علقات على المعدة والحمية عن الثدي وللاستحمامات والمشروبات اللطيفة فيمها هو في النقاها التامة من هذا الداء اذ عرض له دفعة في اليوم الثاني والعشرين من جوين سعال كثير يابس معسوب بقلق واضطراب يعلن به بحسب الظاهر صباح المريض وسهره اى عدم نومه وعرض له مع ذلك احمرار شديد في الوجنة اليسرى وصار جلده محرقا والنبض شديد السرعة والتنفس شتقا بدون خرخرة والصباح خفيا حسب ما اعتاده وصار يحصل له اختناق تام اذا اعتراه صباح كثير وفي كل لحظة يتغير لون وجهه وية قطب ذلك الوجه وكأنه يتورم ويصير بنفسجيا عندما يبتدى في الصباح (علاجه ثلاث علقات على الاجزاء الجانبية العليا للصدر وماء الشعير المصغ والماعوق) فسال من العلق دم كثير حتى حصل منه الغشى وفي الثامن والعشرين حصل رشح مدم من العين اليسرى وفي مساء اليوم الاول من جويليت عرضت شدة في الحنجرة

والاضطراب معطوبة بسعال خفيف بدون نفث ولم يكن هنالك خرخرة وكان
الصدراعصم الصوت في الجهة اليسرى ومن ذلك الزمن الى العاشر من جولييت
لم تتغير الاعراض وصار الطفل آخذ في السقوط تدريجيا والنبض خيطيا مع
السرعة دائما وغطى الوجه بنكت شمسية بقيت مدة ايام ودام على هذه الحالة
الى الثامن عشر الذي مات فيه ولما اريد فتح جثته وجدت من الظاهر منه وكه
ممتعة اللون كلها وبعد الفتح وجدت المعدة عديمة اللون بدون لون وشوهد
سته ضفا بجرابية شديدة الحمرة في نهاية اللقائي الذي كان مع ذلك مجلسا في سعة
ثمانية قراريط منه لاحتقان شعري واضح جدا ووجدت الرئة البنية متكبدة
في حافتها الخلفية واليسرى كذلك وكذا في جميع سعة قصبتها السفلى وتخرج
قطعها بالقطع نقيية غير خلوية وتضرب بين الاصابع بدون ان يخرج منها دم
بالضغط وتسقط كالجر في قعر الماء الذي تنفس فيه ووجدت التفرعات الشعبية
مملوءة بمواد مخاطية رغوية حمرة قليلا واما القصبة الرئوية ففسجية ولم يكن
في القلب ولا في المخ ما هو عظيم الاهتمام

فكأرا ينافي هذا الطفل الاعراض المرضية للالتهاب الرئوي رأينا ايضا
الاعراض التي احدثتها الحمى المتسببة عن التهابات الاحشاء الرئيسية
وعروض السعال الذي كان في الابتداء معدوما وانضم له للاعراض الاخر
الان النفث لم يوجد هنا كما قد ايضا في المشاهدة السابقة وذلك لانه يتعذر
او يتعسر جدا حصوله للاطفال الصغار في السن فتقياهم اسهل من قتلهم
وايضا فان هذه الظاهرة تكون في الغالب نتيجة اهتزاز وان دفاع حاصل
من الحجاب الحاجز على المعدة في شدة السعال وعلى كل حال عرقنا من البحث
في الاعضاء وجود التهاب رئوي بسيط غير مضاعف بالتهاب بلوراوي وذلك
كما قلنا هو الغالب في الاطفال الصغار

ونراجات الرئة الحاصلة عن الالتهاب الرئوي نادرة في الصغار كما في الكبار
البالغين فلا يشاهد في الغالب القيح محوي في بورة محدودة وانما يوجد منتشر
او مترشحا في منسوج الرئة ومع ذلك يمكن العثور عليها كما يدل على ذلك

المثالان الاتيان

طفل عمره ثلاثة اشهر دخل المارستان سابقا مرتين من بعد ولادته فالمرّة الاولى
 كان دخوله لاجل اوذى عا في الاطراف والثانية لاجل التهاب معوى مع اسهال
 اخضر مضاعف بسعال رطب لكن الظاهر ان هذه العوارض انقادت لابط
 الوسائط والذي تولى ارضاعه والاحتباس عليه المرضعات المخصوصة به
 ثم في اليوم الثانى من مر من دخل المارستان مرة ثالثة فكان منتفع اللون
 فخيلا هزى لا ليس معه اسهال غير ان بطنه منتفخ ~~لكن~~ بدون الم وكان سعاله
 مستداما وتنفسه لغطيا وصدره ردى الرئانية في جميع الجهات وان لم تكن
 الاصبية واضحة فيه (علاجه ماء الشعير المصغى ولعوق ولبن ممزوج) وفي العاشر
 من مر من ظهر ان حاله اجدوا فله ان تنفسه صار اكثر اطلاقا ولكن كان يسعل
 دائما وان لم يكن معه حى اصلا فعلى مقتضى حسن حاله اخذته الراهبة الموكلة
 بقاعة المرضى واعطته لمرضة فاعتراه في الليل سعال شديد وحصل له اختناق
 وعلم من صياح الطفل الذى كان في بعض الاوقات يعسر سماعه وجود قلق والم
 معه فبسبب ذلك اعيد ليبت المرضى في صباح اليوم الحادى عشر فكان سعاله
 كثيرا ابسا ووجهه بنفسجيا وجناحا فقه مجذوبين الى الوحشية واحيطا بدائرة
 مزرقّة ظاهرة ايضا على اصل الانف وكان الصياح شافا ان ينيا ويسمع
 من الجانب الايسر من الصدر صوت اصم ولا يسمع منه لغط التنفس وصارت
 الاطراف باردة والنبض صغيرا غير منتظم (علاجه اللعوق واللبن الممزوج
 والحمام القدى الخردلى) وفي الثالث عشر غارت الاعين في الحجاج وصار
 التنفس دائما سريعا ولم تزل بقية الاعراض السابقة موجودة الى اليوم
 السادس عشر الذى مات فيه نحو المساء وعند فتح جثته وجد في المعدة لين
 ابيض في جميع سعتها ووجد فيها قرب الفؤاد ثا كلات سطحية ووجد مثل ذلك
 تقريرا في جميع سعة القنطرة المعوية المغطاة بمواد صفراء كرائية ووجدت
 الكبد سليمة الا ان حوصلتها اعنى المرارة ممتددة بصفراء لزجة سوداء ووجد
 في قاعدة الرئة اليسرى بورة صديديّة واسعة كبندقة تحتوى على صديد ابيض

مترج يعضه بدون رائحة والوجه الباطن لهذه البورة املس احمر لكن ليس فيه هيئة كبس واضح ولم يوجد فيه شئ ظاهر من القروح الشعبية مع ان تلك القروح وجد فيها مخاطية صديدية قواما منسوج الرئة فوجد منه جزء متكبد سعتة نحو نصف قيراط بخلاف الرئة اليمنى فانها كانت كلها سليمة وكانت القوهرات الجنينية منسدة والمخ سليما واما اغشيتة فمحتقنة

فهذا كله يعمل على ظن ان هذا الطفل كان معه من زمن طويل التهاب رئوي اعراضه خفية ولا بد الا انها كانت من طبيعة تستدعي انتباه الطبيب فالارهابات اللواتي لم يشاهدن في هذا الطفل الانتفاخ لونه وضعفه استدعى جهلهن ان يخرجنه عن انتباه الاطباء له عند ما ظهر لهن حسن حاله وتلك حالة لا يغتر بها الامثلهن لا الاطباء المهرة ولذلك سار هذا الالتهاب فيه يبطئ لكن مع الاستدامة حتى تقدم تقدم ما عظميا بحيث سبب تقيع العضو ومن هذه الملاحظة يعلم زيادة الاضرار الى التوعى على هذه الالتهابات البطيئة التي قد تسبب في الاطفال كما في الصكبار غالبا آفات ثقيلة ليس للطبيب فيها حيلة

قال بليار وجدت في جثة طفل عمره عشرون يوما ومات بدون ان تنضج فيه اعراض الالتهاب الرئوي ان الرئة اليمنى متكبدة في معظم سعتها ووجدت ما عدا ذلك في قاعدة هذه الرئة كما في فصها المتوسط ثلاث نتوات مبيضة رخوة مرنة ولما فتحت خرج منها بعض هواء وهبطت حالا وكان كل منها مكونا من كبس رقيق جدا يحتوي على صديد ابيض عديم الرائحة فحقن فيه بعض خيطية والوجه الباطن لهذه الاكياس الصغيرة كان احمر محببا ومختلطاً من الخارج بمنسوج الرتين بخلاف الشعب فلم تنفتح فيها وانما كانت ملتصبة ويرشح منها بالضغط نقط من الصديد شبيهة بالصديد الذي ذكرناه واما بقية الاعضاء فليس فيها ما هو عظيم الاهتمام ومن الواضح ان هذا التقيع في الشعب وتلك الخراجات في الرئة انما كانت نتيجة التهاب خفي خفيت اعراضه علينا لاني لم التفت غاية الالتفات لهذا الطفل انتهى

والتهاب الرئة كما يحصل منه تكبدها وتقيحها يحصل منه ايضا لينها وفسادها الذي يعرض ايضا من تأثير الالتهاب في الاعضاء الاخر وهما هي مشاهدة لذلك وهي ان طفلا مولودا جاء ليت اللقطة يباريس في اليوم السابع من فوريير فاعطى حالا لمرضة فاخذتديها بشراحة ثم قطع الرضاع حالا لكونه كما قالت راهبة الاوضة كان يحصل له زهق في كل لحظة وصار وجهه بتفسيجا ويلتزم ان يصيح فلا يمكنه ذلك فغذى بالملعقة فلم تحسن حاله بل صار يتقيأ غالبا عند صياحه وتبرز تبرزا اعتياديا ثم مات في اليوم الحادى عشر قال المؤلف ولما لم يدخل بيت المرضى لم يتيسر لى مشاهدته بغاية الالتباء وانما الراهبة هي التي ذكرت لى ما ذكرولما فحمت جثته وجدت لون الغشاء المخاطى المعوى ابتداء في الزوال وكلا من القلب والكبد والاوعية الغليظة محتقنا بالدم والرئة اليسرى زائدة الاحتقان جدا في حافتها الخلفية بحيث تقرب لحالة التكبد وتحولت كلها الى قوام المصلوقة المحمرة بدون ان تنتشر منها رائحة الادروجين المكبرت وتذوب اذا مر عليها بتيار ماء فتكون على هيئة حبوب سنجابية لينة يظهر انها نتيجة فساد الرئة واما الشعب فكان في ادق فروعها بعض احمرار وكانت سليمة في ابتداء تقاسمها واما الرئة اليمنى فكان فيها مجرد احتقان لا غير وظاهر ان ذلك الفساد في المنسوج كان نتيجة التهاب رئوى يمكن ان كان نابعها لاحتمقان ضعفى وذلك يشاهد كثيرا في المولودين فقد ثبت انه يجب امعان التأمل والملاحظة في اعراض الالتهاب الرئوى في الاطفال الصغار لان هذا الداء قد يسبب في هذا السن نتائج مغممة

وقبل ان تفصل الاعراض العامة للالتهاب الرئوى نذكر مضاعفته بالتهاب البلورا حتى يقوم من ذلك التهاب رئوى بلوراوى وقد علم ان هذا الالتهاب المزدوج لا يدر في الاطفال منه في الكبار فلا يوجد غالبا الا في اخذ في قدم السن فليس نتيجة احتقان رئوى كما يكون كذلك الالتهاب الرئوى البسيط في الاطفال وانما يكون نتيجة تأثير قريب او بعيد للمزاج الجوى او لاسباب اخر بادية وهما هي مشاهدة هذا الالتهاب البلوراوى الرئوى

وهي ان طفلا عمره خمسة اشهر دخل المارستان في اليوم الخامس من شهر ربيع
وكان قد جاء سابقا في الشهر السابق لاجل علاج التهاب معوى وشفي منه
ومع ذلك بقي بعده منتقع اللون نحيفا الى وقت دخوله ثانيا في هذا اليوم
الخامس فكان معه تمدد عظيم في البطن وتقايى لجميع ما يشربه وكان تنفسه
متعبا مع ان صياحه لم يكن فيه تغير اصلا وانما كان يحصل له سقوط
وتعب من كثرة وفي اليوم السادس ظهر من مخنته انه متألم وصار صياحه
خفيا زمننا فزمننا ووجهه الذي كان في العادة منتقعا صار كالحاولم ينقطع
منه القيء وفي السابع عرض له اضطراب عظيم وبردت الاطراف وبقيت في حالة
تشنجية وتعسر سماع الصياح وكان يسمع من الصدر صوت اصم في الجهة اليمنى
واما الجهة اليسرى فكانت ترن جيدا وكان النبض يبطئ في الصباح ويرتفع
في المساء حتى يضرب في الدقيقة مائة واربعين وعرض له عرق عام وانبسطن
الاطراف التي بقيت مدة النهار منقبضة ورجعت لها حركتها (علاجه لعوق
ولبن ممزوج واربع علقات على جانب الصدر) وفي الثامن والتاسع وجدت
خفة يسيرة لان كلا من الصياح والاضطراب اخذ في النقص وفي العاشر
من ربيع ابتدأ ظهور الاعراض السابقة ثانيا وثقبت الوجه وانتفخ وبعلم من
السحنة وجود الام الشديد وفي الحادى عشر عرضت طبقة من الموجيت
على الجدران القمية وفي الثاني عشر مات الطفل وفي فتح جثته وجد لين ابيض
في جميع الغشاء المخاطى المعوى واحمرار في المزمار واما القصة الرئوية فكانت
سلمة بخلاف الرئة اليمنى فانها كانت متكبدة في جميع سعتها ووجد بين البلورا
الضلعية والرئوية من هذا الجانب التصاقات ابتدأت فيها المقاومة ولم يوجد
في التجويف الصدري الا كمية يسيرة من سائل مصلي صديدي ووجد طرف
الرئة اليمنى ملونا بلون سنجابي مائل للزرقة وفي مركزها لين محمر وتحتوى شعب
الفص على مواد مخاطية صديدية ووجد المخ سليما بحيث وجدت قطعه التي
تقطع منه نقيّة متينة وكذا لم يشاهد في الخنّاع الفكري ولا في اعشبة المخ آفة
واضحة فهذا الطفل ماعدا الام الزائد الذي يظهر عليه والانتقباض التشنجي

في الاطراف الذي ربما كان نتيجة ثانوية لم يوجد معه من الاعراض الاعراض
الالتهاب الرئوى البسيط ولذلك يظهر عسر تمييز الالتهاب الرئوى عن
البلوراوى الرئوى في الاطفال الصغار وهذا التمييز في جميع الاحوال ليس
زائدا النفع لان معالجة احدهما مناسبة للاخر جيدا

ولنذكر على سبيل الاجمال العلامات والاعراض التي بها يعرف وجود
الالتهاب الرئوى في الاطفال الرضع وهما هي

التنفس * هو ~~يكون~~ متعبا قصيرا شافا ولا يسمع بالمسماع في جزء الرئة المتكبد
او الرئة المتكبدة كلها ويسمع من الصدر صوت اصم بالقرع واحيانا يكون
التنفس اختناقيا ولا تعدم الخرخرة دائما

الصياح * يكون غير تام وخفيا في الغالب ثم يصير واضحا ملحظا ما ثم تتغير
نغمته التغير الخاص بالحالة التي نحن بصدددها

السعال * يوجد احيانا فليس بلازم ولذلك لا يلزم الالتئام له الاعلى سبيل التبع
قال المحققون اذا كان هذا الداء مصحوبا بالتهاب شعبي شديد كان السعال اكثر
جدا مما اذا كان بسيطا او مع شعبي خفيف

النفث * هو يكون معدوما فلا تتضح منه كافي البالغين طبيعة الالتهاب
الرئوى ولا يجلسه ولا درجته وكذلك الم الجانب والتي المدم نادر

السحنة * العلامات التي تعلن بها السحنة تقوم من جذب جناحي الانف
الى الخارج وكان الطفل يمدد الانف بقوة ومن الدائرة المزرقه التي ترسم خارج
الانف ويجمع الشفتين ويظهر انها نتيجة التعطيل الذي حصل حينئذ في الدورة
العامة او الشعرية وقد ~~تكون~~ غصون الجبهة اقل مما في الاوقات البطنية
مع ان التخطيط الانفي والتخطيط الوجني يرسمان غالبا وقد يصير الوجه احيانا
او ذيماويا وسيما في آخر الداء

الحمى * ~~تكون~~ معدومة او تكاد ان نعدم في احدا الصغار جدا وتأخذ
في الظهور غالبا كلما تقدم الطفل في السن وكثيرا ما يكون النبض صغيرا
خفيا والجلد باردا منتعقا والاطراف او ذيماوية

الحالة العامة * لما كان الالتهاب الرئوي يظهر غالباً بعد الاحتقان الرئوي وكان هذا الاحتقان يصيب في الغالب الاطفال الاقوياء الممثلين كان الغالب ان الطفل المصاب بالتهاب رئوي حاد يكون قوى الاون منتفخاً او ذيماويا فاذا دام الالتهاب الرئوي زمناً نتج عنه حالة الهبوط التي تكرر في الالتهابات المزمنة عموماً واما النوم على الجانب المصاب بالالتهاب الرئوي فكانوا سابقاً يعتبرونه علامة واصفة له ولكن حقق اندرال ان هذا غير مطرد فليس بصحيح على الاطلاق واثبت ان في ابتداء الداء كما في مدة سيرته كما ان لا توجد ثلاثة الصفقة في واحد من خمسة عشر مريضاً بل المعظم انما ينام مستلقياً على الظهر وان نومهم على كلا الجانبين على حد سواء بقي من العلامات ما يؤخذ بالقرع وما يؤخذ بالاسماع ففي ابتداء الالتهاب اعنى التلبك لا توجد اصمية تامة في جزء الصدر المقابل للجزء المصاب من الرئة وانما تكون الرئوية اقل من الحالة الطبيعية ويتضح الفرق في الرئوية بالقرع على جانب بعد الآخر لكن اذا كان المصاب الجانبين معا كان نقص الرئوية موكولاً الى حذق الطبيب او بمقابلته بقرع صدر سليم موافق له في السن والسمن والوضع وغير ذلك واما الدرجة الثانية اعنى التكدد الاحمر او السنجابي فتكون الاصمية تامة في مقابله واما العلامات المأخوذة من الاسماع فهي اضعف من القرع وتختلف ايضا باختلاف درجة الالتهاب ففي الدرجة الاولى تزول الخرخرة التنفسية الكلية وتبديل بالخرخرة القرقعية التي تارة تكون يابسة وتارة رطبة وبقايع الخرخرة القرقعية تختلف كثرة ودقة باختلاف كون الدرجة الاولى وحدها او ممتزجة بالشامية كما يتفق ذلك واما في الدرجة الثانية والثالثة فلا يسمع التنفس الحوصلي ولا الخرخرة القرقعية لان الهواء لا يدخل في الخلايا الرئوية لكن اذا زالت خرخرة التنفس الحوصلي بالكلية عوض عنها زيادة قوة لغط التنفس الشعبي حتى يكون اقوى من المعتادة بحيث يعده من سمعته انه نفخ في ابوبة ويسمى ذلك بالنفخ الشعبي فاذا اتقل الالتهاب من هذه الدرجة الى الثانية او الاولى نقص هذا النفخ الشعبي او زال بالكلية لكن في كثير من

الاطفال لا يقع القرع لكون الصدر لا تقطع رنايته من الجانب المريض وكذلك الاسماع يكون قليل النفع ايضا لما ان الطفل يكثر منه الصياح عند ذلك او لكون مجلس الداء عميقا وباعتبار شكل القص الملتب

وسير هذا الداء فيهم له احوال مخصوصة مهمة فانه قد يبقى غالباً في الدرجة زمن اطوي لا يحمله اسابيع مثلاً وانه في الحالة التي يكون انتهائه فيها مخزناً لا يوجد التكد والتقرح في الرئة الا نادراً في هذا السن كذا قال شوميل فهذه هي العلامات العامة للالتهاب الرئوي في الاطفال الرضع وقد علم انها قابلة لان يحصل فيها على حسب الاطفال وخصوصاً على حسب الاعمار تنوعات كثيرة لا يشاهدها الطبيب الا على اسرة المرضى

واما مجلس الالتهاب الرئوي فن المعلوم في الكتب المطولة القديمة ان فيه خلافاً اى انه اما في المنسوج الخلوي الذي بين الحوصلات الرئوية واما في الحوصلات نفسها واما في المنسوج الخلوي والحوصلات معا واكتفى لاهنك بقوله ان المجلس في المنسوج الرئوي ولما اعتبر اندرال ان الخرخرة القرعية للدرجة الاولى من الالتهاب الرئوي يظهر ان مجلسها في الحوصلات الشعبية ظن ان مجلس الالتهاب يكون اولاً وبالذات في الحوصلات الرئوية التي سطحها الباطن يفرز في السكبارسات لا يكون اولاً مخاطياً مدماً صديدياً ويقرّب من هذا الرأي رأى الماهر بروسيه حيث جعل المجلس الاول في الغشاء المخاطي المغشي للخلايا الشعبية فيصح ان نجعله في الحوصلات الرئوية ولكن الظاهر ان التهاب الحوصلات يصحب غالباً التهاب المنسوج الخلوي الذي بينها وقد قسم هذا الالتهاب معظم المحققين الى حاد ومن وجعل لاهنك الصفات التشريحية التي تحصل في المنسوج الخاص للرئة المصابة بالحاد ثلاثة انواع الاحتقان اى التلبك والتكد والترشح الصديدي واما اندرال فذكر التلبك واللين الاحمر واللين السنجابي والترشح الصديدي البسيط وتكون المخرجات

العلاج * يلزم قبل كل شيء كافي علاج الاحتقان ان لا تقمط الاطفال المصابون بالالتهاب الرئوي فاذا انتفخت علامات الاحتقان الدموي يسادر بان يوضع

تحت كل ابط او على قاعدة الصدر علقثان او اربع اوست على حسب قوة الاطفال
وليجذر ايضا من وضع الطفل في حمام لان حرارة السائل وضغطه يزيدان
في فيضان الدم نحو الصدر وفي تعب التنفس ولا بد ان يوضع الطفل في الحمية
عن الثدي مدة اربع وعشرين ساعة او ثمان واربعين ويسقى في هذا الزمن
بعض ملاعق من لعوق ولبن ممزوج او مستحلب اللوز فاذا لم يزل الداء بذلك
التحجى بعد الاستفرغات الدموية لوضع المحاجم الحماقة على الصدر او حرقاة
وقية او سدامة اما على الصدر او على الذراع ولا بأس بتجربة المصرفات
على الاطراف او في القناة المعوية بقصد تخفيف الاختناق فاذا كان الالم
شديدا وسبب صياحوا اضطرابا مستداما كان من النافع ان يؤمر بنصف درهم
او درهم من شراب دياقورد اى شراب الخشخاش في اوقيتين من اللعوق
الايض وقد ثبت عندنا من المبحث التشريحي في الجثة ان الالتهاب الرئوى
في الاطفال الصغار جدا يكون غالباً نتيجة احتقان دموى موضعي
وان الشعب غالباً لا تشارك في مقسوج الرئة في هذا الالتهاب فموجب ذلك
لا ضرر في ان يؤمر بشراب الايكا كوانا والقرمز بل والعنصل ايضا بقصد
تخريض اندفاع المادة المخاطية لكن قد علمنا سابقا ان النفث لا يحصل
للمولودين فعلى فرض ان هذه الادوية تنبه الشعب لا بد وان تسبب للطفل
تعب احتياجه وتطلبه لاندفاع المواد مع ان ذلك شاق عليه وليس في طاقته
واما الطفل المقدم في السن فانه اذا كان معه اعراض التهاب شعبي صبح
ان يؤمر له في الدور الاخير للداء بنصف قمعة من القرمز في اوقيتين او ثلاث
من لعوق ويعطى له ذلك ملعقة ملعقة وذكر دوجيس انه نفع معه الامر
بجعة مصنوعة من اوقية من شراب الصمغ وماء زهر البرتقان مخلوطا ذلك
بدرهمين من السككبين العنصلي وملعقتين صغيرتين من ماء ولا ينبغي تقليد
الجهال في اعطائهم شراب الايكا كوانا لجميع الاطفال الذين يسعون بدون
ان يستفهم عن سبب السعال وطبيعته واعراضه الموضعية والعامية الموجودة
مع الطفل بل ينبغي التوعى في الامر بالادوية عموما ولا تقاوم الاعراض بدون

ان تعرف طبيعة الآفات المنقبة لها ومجلسها وتنوعاتها
 فاذا بقي الطفل ضعيفا بعد الالتهاب الرئوى وكبد مدة طويلة عوارض يظهر
 انها ناشئة من بقايا التيج الثابت في الاعضاء الصدرية لزم له مراعاة الاحتراسات
 التي يستد امر تأثيرها زمن طويلا كأن يلبس من صوف الفلايل المسجي الآن
 بالمارينوس وتبعد عنه جميع الاسباب التي تنبه الجهاز التنفسي كالصياح
 الكثير والتعرض للهواء البارد او الريح الشديدة والرياضة والاقامة في الاماكن
 الرطبة كبين الاشجار وشواطئ الانهار ونحو ذلك ولا تغفل عن ان هذا الطفل
 كائن الآن في زمن من حياته فيه الاعضاء المختلفة قابلة في نموها لان يحصل
 فيها بعض تنوعات تعرضها لاستعدادات يمكن ان تنطبع فيها مدة الحياة كلها
 اذ من المعلوم انه كثير ما تولد اطفال صغرتهم بحسب الظاهر حيدة ثم يصيرون
 ضعافا مرضى دائما بسبب آفات اصابوا بها في سنهم الاول وابتقت فيهم تنوعات
 عضوية او حيوية لم يحجمها الزمن ولا تنجى ابد في بعض الاشخاص هذا ولا يليق
 بالطبيب الماهر ان يتسك بظنون العامة وخرافاتهم مما يقولونه في هذا الداء
 ونحوه من بقايا الجدري والسعال الكلي والنزلة الصدرية فان العامة تنسب
 لها آفات كثيرة وكيف يمكن ان يبقى كل من الرئة المتكبدة والشعب المتقرحة
 حافظا زمن طويلا لا تمار تنوع مرضى عرض في منسوجهما ولا يصير ان بذلك
 اقل اهلية لاتمام وظائفهما اتما ما خالصا تاما نعم يمكن ان ينسب للالتهابات
 الرئوية التي تظهر مدة الحياة داخل الرحم او بعد الولادة يسير التنفسات
 القصيرة المكتومة والربو والسعال الموضعي ونحو ذلك مما يكون مع بعض
 الأشخاص من ابتداء حياتهم ويقولون ان معهم ذلك من صغرهم فهذا
 الفرض ربما كان قريبا للعقل اذا لوحظ ان اعضاءنا معرضة لآفات كثيرة
 نصيها في اللحظات الاول من تكوننا وتبقى الى زمن سقوطنا وسيأتي لنا
 الفروق التي تميز الالتهاب الرئوى عن الالتهاب البلوروى عند ما نتكلم
 على هذا الالتهاب الاخير

المطلب السادس

في الالتهاب الشعبي اى النزلة الشعبية

قد يظهر هذا الداء بدون ان يعرف سببه والبنية المهيئة له هي الضعيفة الرخوة القليلة الدموية والحرارة الحيوية وكذا المترفعون في التربية بحيث يصيرون اكثر قابلية لادنى تأثير من الاسباب وسواء اذا اصابوا به مرار قبل ذلك والسبب الاعتيادى له هو البرد الرطب على الجسم كله او على جزء منه كاليدين او الرجلين او المنكبين او الصدر وسواء اذا كان تأثيره وقت ان كان الجسم حاراً ولذلك يكثر وقت التقلبات الجوية كالربيع والخريف وكذلك الهواء البارد اذا لامس الغشاء المخاطي الشعبي والهواء الحار او المتحمل لقبار مهيج او غاز منبه واعراضه تختلف باعتبار شدته وادواره وقدمه والسن والمزاج وقد يحصل التهاب الشعب في المولودين بدون ان ينتج منه اعراض واضحة فقد وجد بلبسار مرار كثيرة واخر تفاربع الشعب شديدة الاحرار وكانت مملوءة بمواد مخاطية مخينة في طفل مات بعد ولادته بثمانية ايام او عشرة ولم يكن عنده في الحياة خرخرة ولا سعال ولكن الغالب عدم خفاء هذا الالتهاب وتكون اعراضه اسهل تشخيصا كلما بعد الطفل عن زمن الولادة ولذا كرمثالافيه اعراض الشعبي الحاد جيدة البيان في طفل عمره خمسة عشر يوماً وكان جيد البنية والمزاج لم يمرض في تلك الايام قط ففي الثاني والعشرين من نوفمبر اعتراه سعال شديد معصوب بخرخرة تسمع منه بدون اعانة السماع وكان تنفسه سريعاً نزعياً مع ان الصدر كان رناناً في جميع جهاته وكان الجلد محرقاً والنبض صغيراً شديداً السرعة وظهر له في الجزء الخلفي من الفخذين اريثيميا (علاجه ماء الخبازا المصفى ولعوق صدرى ولبن ممزوج) وفي السادس والعشرين كانت حالته كما سبق والوجه منتقع اللون او ذيماويا ولم ينم في ذلك اليوم بل كثر صياحه وكما حصل له السعال البقي بعده في حالة اختناق مدة دقائق وفي الثامن والعشرين سمع التنفس في الجهة اليمنى احسن من اليسرى حيث يسمع من القرع فيها بعض اصمية (والعلاج كما سبق) وفي التاسع والعشرين صار جلد الوجه والبدن منتعفاً وظهرت الخرخرة

المخاطية

المخاطية جدا وصحب السعال الكثير اختناق قريب الوقوع وحصل للطفل
انزعاج كثير وعرض ايضا اسهال غزير واسترخى بطنه واشتدت حرارة جلده
حتى صارت محرقة وصغر نبضه لكن مع سرعة زائدة ثم مات في مساء الثلاثين
ولما اريد فتح جثته وجد كل من فيه ومريته منتقعا والمعدة منقبضة متكرشة
محززة بحزوز حجر والرئة اليسرى مرسخة بالدم وجميع الفروع الشعبية محجرة
منتفخة جدا من الباطن مملوءة بمواد مخاطية نخبية خيطية محجرة والرئة اليمنى
متبلكة ايضا وشعبها كشعب الرئة اليسرى محجرة مملوءة بمخاطية مصفرة نخبية
خيطية والقلب سليما والقنوات الجنينية لم تزل مطلوقة والمخ متينا وجميع
المنسوجات عموما محتقنة بالدم السائل المزرق

فاذا عرض الالتهاب الشعبي بعد الالتهاب الرئوي كان الملتهب بالاكثر هو اذق
تقاسيم الشعب بل يتفق ان لا تنتشر في الالتهاب الاقسام الاولى للشعب
ولا القصبة الرئوية ثمهما كان مجلس الالتهاب الشعبي قد يصعبه احيانا
عوارض ثقيلة جدا ناشئة من العمر الذي يكابده الهواء في نفوذه في الرئتين قال
بليار قد شاهدت في كثير من الاطفال ان النزلة الشعبية حصل منها جميع
الاعراض التي نسبها المؤلفون للنزلة المخنقة وجعلها غريديان النتيجة الاعيادية
للتشرح المصلي في المنسوج الرئوي فالاختناق يظهر كونه نتيجة تنوعات كثيرة
في التهاب القنوات الهوائية الذي له اسباب كثيرة ويكفي لحصوله تعطل مرور
الهواء حتى تنتج جميع العوارض للاختناق وقد شاهدنا سابقا عروضا هذه
الظاهرة المرضية كثيرا وذكروناها في غير هذا المحل وبالجمل فاضعف
الدرجات للعاد في الاطفال المقدمين في السن اى المميزين تقوم من سعال قليل
وبجوحة ونفث بعض نخامات وفي درجة ارفع عن ذلك يكون السعال اقوى
واكثر وفيه ايلام وتكون النخامة معدومة في الايام الاول ثم تظهر وتكون
مخاطية فيها بعض شجن وتأخذ في زيادة القوام كلما قلت كيمتها والريش من
تلك الاعراض في هذا الحاد هو السعال الذي يأتي نوبيا في الغالب ويصعبه الام
شديدة وحين تمزق وحرارة في القصبة وخلف القس وحيثا في جميع الصدر

ويحصل من ذلك السعال احمرار الوجه وانتفاخه والتدمع وربما عسر اخراج
 الخامة واذا خرجت كانت مخاطية متخللة لزجة وغوية مخططة احيانا بدم
 والغالب ان يسبق هذا الالتهاب قشعريرة والم في الحلق وزكام
 واعراض المزمن ترجع الى سعال يأتي نوبا ويكون جافا ومصحوبا بانخامات كرية
 صغيرة سنجابية لؤلؤية قوامها نشائي وتسمى بالنزلة الجافة وتارة يكون السعال
 رطبا ويسمى ذلك بالنزلة الرطبة وتكون الخامة في ذلك صفراء او سنجابية
 او صديدية ويسمى ذلك بالنزلة المخاطية وقد تكون شفافة عديمة اللون خيطية
 تشبه زلال البيض المحلول في الماء ويسمى ذلك بالنزلة الخامية واذا كان السعال
 يابسا كان احيانا مصحوبا بعسر التنفس ويرجع نوبا ويسمى ذلك بالربو الجاف وقد
 لا يوجد شيء من هاتين الظاهرتين وانما يمتد أصفة الجفاف ويسمى ذلك عند
 بعضهم بالسعال العصبي وكثيرا ما يكون الداء في الاطفال مصاحبا لالتهاب
 في منسوج الرئة اولدرن في الرئتين او اصل الشعب وفي جميع الاحوال يحصل
 منه جملة عوارض خاصة تعرف بها وهي في الاطفال الذين عمرهم من عشرة
 اشهر الى سنة سعال مستمر وتعب في التنفس وتواتر وكثرة لغطية فيه وخرخرة
 مخاطية واضحة وحس وحارة مستدامة في الجلد وانتفاخ وانتفاخ في الوجه
 وكثيرا ما يضم لهذه الاعراض التهاب يختلف شدته في القناة الهضمية التي
 غشاؤها المخاطي يفسد تركيبه ويذهب لونه بل يلين والنزلة الشعبية الحادة في
 المولودين قد تكون قصيرة المدة ويشاهد عروضاها بدون سبب ظاهر وتزول
 بنفسها في بعض ايام فلا يكون لها غالبا من الاعراض الا الخرخرة المخاطية
 او التنفس اللغطي القصير المتواتر جدا بدون خرخرة واضحة وتكون غالبا في
 المقدمين في السن اقل واكثر استعصاء وتنتهي دائما بقاء السعال فتدبى ذلك
 السعال معهم احيانا سنين كاملة بحيث يجاوزون دور الارضاع بدون ان
 يخلصوا منه وبدون ان يحصل منه في صحتهم تغير عميق والغالب ان لا يشاهد في
 هذه النزلة في الاطفال تعب ولا قلق اذ لم يوجد فيهم ضعف ولا هبوط ولا انحول
 ولم تزل موجودة معهم الشهية والانبساط والحياة الخاصة بسنهم والانتها

الغالب

الغالب للالتهاب الشعبي هو التحلل قال بليار قد وجدت مرة واحدة في جثة
 طفل لم يشاهده مدة حياته اوديميا واضحة في الشعب وفي آخر تصعد اذ موى
 كثيرا جدا وكان عمر كل منهما خمسة ايام وتشخيص الالتهاب الشعبي سواء
 الحاد والمزمن سهل بحسب الصفات التي ذكرناها وقد يعسر تشخيصه وسما
 المزمن فلا يؤخذ من السعال ولا من النفث ولا من بقية الاعراض الموضعية
 والعامة صفات مميزة واصفة لها قد توجد في الالتهاب الرئوي والبلوراي
 والسل الرئوي فيكون من المهم كشف اعراض اخر تميزه عن تلك الالتهابات
 الصدرية وذلك يكون بالسماع فالخرخرة هي الصفة الرئيسة التي يعرف بها
 ولا تختفي صفاتها حسبما ذكر في شرح الامراض عموما فتكون رنانة ثقيلة
 في الابتداء وتكون اكثر ثقلا ورنانية كلما كانت المادة المخاطية المنفرزة اقل وغشاء
 الجذوع الغليظة الشعبية اكثر اتقا فتنكون كالصوت الغليظ للربابة فاذا كان
 مجلسها في فرع شعبي قريب من سطح الرئة احس من وضع اليد على ما حاذاه
 من جدران الصدر بشبه قشعريرة شبيهة باهتزاز وتر مشدود والخرخرة التي
 تسمع تدل على السعة المشغولة بالالتهاب وتكون الخرخرة مخاطية اذا كثرت افرار
 المخاط وتنشأ تلك الصفة من مرور الهواء في الختام المتجمع في الشعب ولكن
 ذلك لا يمنع سماع لغط التنفس وبذلك تميز عن الخرخرة الخاصة بالتهاب ويرى
 الدرنية ومع ذلك فالغالب وقوف التنفس في المحل الملتب غير ان هذا الوقوف
 برهني فيرجع التنفس حالا فجأة وكأن انسدادا ناشئ من انسداد فرع شعبي
 بمخاط تخين كثير بحيث يقطع مرور الهواء ويرزول ذلك متى ازال النفث ذلك
 المانع والخرخرة المخاطية في الشعبي المزمن يندراسد امتها ولا تمنع سماع
 التنفس الذي لا يقف بالكلية كما في الشعبي الحاد والتنفس في الشعبي النخاعي
 يسمع ايضا والخرخرة المصاحبة له تكون في الغالب شديدة الصغيرة والرنانية
 فتشبه تغريد الطيور وفي الشعبي الحاد لا يؤخذ من السماع علامة مخصوصة
 فيكون الصدر جيدا رنانة غير ان التنفس يعسر سماعه من المحل المصاب وبهذا
 الفرق ربحا سهل التشخيص وقد يعسر بل يتعذر تمييز الشعبي المزمن عن السل

الرئوى ~~ولكن~~ يصح ان يؤخذ من السماع صفة التمييز ايضا فاذا بحث في المريض جملة ساعات مختلفة ولم يوجد معه التكلم الصدرى ولا خرخرة المادة الدرينية اللينة ولا التنفس القصبي في التقاعير الدرينية ولا فقد الدائم للتنفس الدال على الاحتقانات الدرينية القليلة السعة ولم يسمع التنفس جيدا في جميع الرئة كان الغالب على الظن ان الداء انما هو نزلة مزمنة غير انه اذا حصل من التهاب الشعبى اتساع الشعب كان في التشخيص حينئذ ارتباك شديد والا لآلة ربما اوقعت في الخطا لكونها يسمع بها اذذاك التكلم الصدرى والخرخرة المخاطية الكبيرة الفقايع والتنفس الكهفي كما في حالة التقعر الدرني ولكن اذا لم يشاهد في هذا المريض الموجود فيه علامات التقعر الرئوى وتواتر نبض ولا حرارة في الجلد ولا عطش ولا عرق ليلى مقصور على الرأس والصدر ولم يحصل له تحول ولم يظه نقص في قواه وكان تنفسه قليل التعب جاز ان يحكم بان ليس معه تقعر درني وانما معه مجرد اتساع في الشعب اما اذا كان معه ما سبق فانه يكون مصابا بالسل الدرني فهذه هي العلامات المميزة للالتهاب الشعبى عن غيره

العلاج * الشعبى الخفيف الحاد يشفى غالبا بمراعاة الوسائط الصحية كالتدثر بالملايس والتحرز من البرد والرطوبة ويجتهد في شغل الطفل المقدم في السن عن كثرة الكلام والصباح لكن الغالب ان لا يكتفى ذلك فيضطر لاستعمال منقوعات البنفسج والخبازى والخطمية ولسان الثور ولسان الحمل ونحو ذلك او لطبوخ التمر والعناب او الشعير المقشر او نحو ذلك وتحلى هذه المشروبات بالسكر او العسل او شراب الصمغ او الخطمية او نحوها وتستعمل هذه كلها فائز ولا سيما في المساء لتثير العرق ~~وكثيرا~~ ما يستعمل للمقدمين في السن في ابتداء الداء بعض معرفات كالمقوع الحار للشاى ولسان الثور وزهر البلسان ولسان الكلب ونحو ذلك وتستعمل تلك الوسائط ايضا اذا كان الشعبى مصحوبا بحرارة عامة وتواتر في النبض واذا كانت الاعراض شديدة كان لا بأس بوضع بعض علق على حسب السن في المحل الذى فيه الخرخرة واضحة والمهاجم

التشريعية التي فضلها لاهنك على العلاق وفي جميع الاحوال تستعمل ايضا
 بعض المشروبات الصدرية التي ذكرناها ويضاف لها اللعوقات وكذا
 الوضعيات المرخية للأطفال الكبار وبالجملة فعلاج هذا الداء كعلاج الالتهاب
 الرئوي ووصوليا بالمقيئات في ابتداء الحاد ولكن نتائجها ضعيفة فالاولى
 تركها حينئذ لكن امر بعض الاطباء الا ان بالايضا كوانا بكمية قليلة جدا بحيث
 لا يحصل منها النتائج المعروفة التي وقالوا انها تهن على تخليص الشعب من
 المواد فاذا امر بها على هذه الكيفية جازان لا يحصل منها ضرر اذا كان الشعبي
 قليل المشدة ولم تكن المدة ملتبة ولكن اذا كانت الاطفال صغيرة جدا وشعبهم
 منسدة بالفحام الكثير المنفرز منها جازان تال نتيجة عظيمة من استعمال شراب
 الايكا كوانا ملقعة فلعقة حتى يحصل القي ويصح ان يكرر ذلك مدة ايام لكن
 من المهم التروى على النتائج اذ لا يندر ظهور التهاب معدى من كثرة استعمال
 هذا الدواء

وعلاج الشعبي المزمن مؤسس على مثل معالجة الحاد ولا بأس فيه بالقصد
 الموضوعي ان احتيج اليه لكن اغلب الاطباء لا يستعملونه وانما يستعملون
 المشروبات الصمغية والصدريه التي ذكرناها والمصرفات كالحماجم الحافة
 على الصدر والحرايق على الذراعين والذلك الحاف على جميع البدن ثم تغطيته
 بصوف المارينوس فاذا عتق الداء في الاطفال الكبار اضطر غالب الرض
 المشروبات الصمغية والتدبير الغذائى الدقيق واللبنى وابدل بمطبوخ الحزاز
 الازلندى والكينا ومنقوع الزوف واستعمال الجواهر البسجية ونحو ذلك ولكن
 يمنع استعمالها متى حصل منها اذى ضرر قال بعض المحققين وقد استعملنا
 ذلك وما شاهدنا منه ضررا قط بل شاهدنا النجاح ومثل ذلك الايكا كوانا
 والسكنجبين العنصلى والقرمز بكمية قليلة فانها قد تسهل النفث في بعض
 المرضى بهذا الداء المزمن ومدح لاهنك قوة فاعلية المقيئات المتكررة في النزلات
 العتيقة قال وسما في الاطفال قال بعض المحققين ويظهر لنا ان المريض اذا لم يكن
 معه حمى ومع ذلك لم يرز اخذ في التجول بسبب النفث الكثير الحاطى لم يتوقف

في اعطاء المقيثات له ويزيد على ذلك ان الايبكا كوانا هنا اولى من الطرطير المقي
 لكونها اضعف تهيجا وفيها خاصة القبض الذي له بعض فاعلية
 وقد يتفق احيانا ان ينقص النفس دفعة قصا عظيما او يرزول بالكلية وذلك عارض
 جديد للمريض يحدث عنه عادة عسر تنفس عظيم ناشئ من انتفاخ الغشاء
 الحاطى الشعبي والانسداد التام لبعض الانابيب الشعبية فاللازم حينئذ
 ان يعالج المداوى كما في ابتداء العلق والمشروبات الصدرية والمصرفات واما لانه
 فاورى حينئذ بالسكنجبين العنصلى والايبكا كوانا والقرمز المعدنى بكمية
 قليلة فاذا لم ينفع ذلك امر كما في النزلة اليابسة الاولى باستعمال الكلخ المسمى
 بالصمغ النوشادرى اذا كان هنالك تشنج في الفروع الشعبية وبالحامات البحرية
 والقلوية الصناعية المصنوعة من كربونات البوتاس او الصود وبوضع
 في مشروب المريض بعض قمعات من كربونات الصود او البوتاس او النوشادر
 ولكن لانسلم قمع هذه الوسائط لافى الكبار ولا فى الصغار فلان شفى الداء
 ولا تحققه وانما الذى ينل منه نتائج حميدة سريعة فى النزلة اليابسة الاولى
 والثانوية هو وضع العلق على جدران الصدر ويساعد ذلك بالمشروبات
 الصدرية واللحوقات الاعتيادية او القرمزية الخفيفة ويتبع ذلك بالمصرفات
 تنمى قال بليار استعمال هنا مع النجاح الحراريق بين المنكيين او على الذراعين
 خصوصا اذا صار الالتهاب مزمننا ويصح ان يجرب ايضا فى هذه الحالة
 بلسم الكوباي مستعملا بكمية بعض قمعات فى اليوم او بكمية كبيرة
 اذا تحملها سن الطفل فان الطيب لروش الامير فى نال منه تسامح نافعة والى
 رسالة فى ذلك تحتوى على مشاهدات مهمة ويتوقف تحقيق ذلك على التجربة
 وقد استخرج الطيب تورن الخلاصة الراتنجية لهذا البلسم بحيث خلت من
 الزيت الطيار الذى يعطى لهذا البلسم الطعم والرائحة الكريهين مع بقاء
 خواصه فيها واستعمل هذه الخلاصة مع النجاح فى السيلان الابيض الزهوى
 فاطن انه لا بأس بتجربة استعمالها بدل البلسم نفسه اذا اريد الامر بها
 للأطفال المصابين بالشعبى المزمن الذى لم يشف بالوسائط المذكورة له

المطلب السابع في الالتهاب البلوراوى

يسمى عند القدماء والاوربيين هذا الالتهاب بلوريزيا ولذا يوجد كذلك في كتاب
بقراط ومعناها من اليونانية ذات الجنب وبهذا الاسم سمته العرب ثم كانوا
يطلقونه على أى وجع كان في الجانب واما الآن فلا يطلق الا على التهاب البلورا
لا غير وهو من الامراض المهمة التى تستدعى غاية انتباه الطبيب وحصوله
للاطفال المولودين كثير وقد يظهر فيهم بدون ان تشترك الرئة في الالتهاب
مع البلورا كما تدل عليه الامثلة الآتية نعم اكثر وجوده عموما يكون مع التهاب
الرئة ولكن كثيرا ما يعسر تمييزهما عن بعضهما فيطلقون على ذلك اسم الآفة
الصدرية وانما اتضع تمييزهما باعمال بنيل وابجائه على طبيعة تلك الداءات
وسيا بعد ظهور القرع والاسماع وسنذكر هنا الفرق بين الداءين باوجز عبارة
ثم ان هذا الالتهاب باعتبار سيره ومدته يصح ان يقسم الى حاد ومزمن وكل
منهما اذا وجد بدون الم قيل له البلوراوى الخفي ويقسم ايضا باعتبار سعيته الى
محدود ومزدوج باعتبار وجوده في جانب واحد او في الجانبين معا ويقسم
بالنظر للتشريح المرضي الى التصاقى وغشائى كاذب ومصلى وصديدى وبالنظر
الى اسبابه الى موضعى اولى وتابعى والتابعى يختلف الى تابع لالتهاب الرئة
او للدرنات اولداء في الكبد او لخمى اندفاعية كما في الحصبة والقرمزية والجدرى
ويقسم ايضا الى بسيط ومضاعف اما بنزلة ويقال لهذا بلوراوى نزلى وهو الذى
سماه بعض المؤلفين بالبلوراوى الرطب مقابلا بالبلوراوى اليابس اى الذى
ليس معه نفث واما بالتهاب رئوى ويسمى بلوراوى رئوى اذا كان هو المتسلطن
اورثوى بلوراوى اذا كان الرئوى هو المتسلطن وقد سبق لنا ذكر هذا الالتهاب
المزدوج في شرح الالتهاب الرئوى واما الذى سماه بعض المؤلفين بالبلوراوى
الصفراوى او العفن او الخبيث فان الاولى تنزيهه غالبا على الرئوى او البلوراوى
الرئوى الوباى لاعلى البلوراوى الحقيقى

قال بليسا قد شاهدت امثلة كثيرة لاطفال مولودين ماتوا بالتهاب بلوراوى

منفرد عن الالتهاب الرئوي فنها ما سيذكر
 بلوراوى حاد * طفل عمره يومان جاء ليلت اللقطاء في الرابع عشر من نوفمبر وكان
 قوى البنية محمر الجسم تام الصباح ويضطرب على الدوام ولا يقطع الصباح
 وضار وجهه بنفسيهما مقطبا دائما ولم يذق النوم من الرابع عشر الى الخامس
 عشر لحظة ما و يظهر ان المه يرن اذا وضع في مهده اى على سريره وفي الخامس
 عشر وقت الصباح استدام على حالته السابقة وقرع على صدره فسمع صوت
 اصم في جميع اجزائه وعند المساء حصل للطفل سقوط وهبوط وحركات نزاع
 ثم مات ولم افحت جثته في اليوم التالي وجدت القناة الهضمية سليمة وكل من
 تجويفي الصدر محتويا على مقدار عظيم من مصل جيل الصفرة تسبح فيه ندف
 زلالية ولم يحصل اذ ذاك التصاق بين صفيحتي البلورا وانما كانت الرئتان
 تتوجان في الماء ووجدت الحافة الخلفية للرئة اليسرى فقط محتقنة قليلا
 والقنوات الجنبية لم تزل منفحة واما الملح واعشيته فلم يوجد فيهما تغير فلذن
 يكون اضطراب الطفل ناشئا يقينا من وجود هذا الالتهاب البلوراوى وآلامه
 التي كانت تثقل عليه عند الاستلقاء على ظهره آتية من انصباب المصل الليوى
 في التجويف الصدرى فعلامات الالتهاب البلوراوى هنا كانت قليلة الواضوح
 ولذلك لم تذكر هذا المثال الا لاثبات ان الاضطراب والصباح والسهر والموت
 للمولود قد تنشأ احيانا من بلوراوى حاد ولكن ينبغي ان تعلم ان من العلامات
 الخاصة بهذا الداء اصعية صوت الصدر مع ان صباح هذا الطفل لم يتغير ومن
 ذلك يظن ان الداء اذا كان في الصدر لم يلزم ان تكون الرئتان هما المجلس له لان
 الهواء كان يتدفق فيهما جيدا يدل على ذلك عدم تغير الصباح وبقاؤه على حالته
 الاعتيادية

واما المشاهدة الآتية فاعراض البلوراوى فيها اكل ظهورا ووضوحا وهى
 ان طفلا عمره عشرة ايام قوى البنية محمر الجسم تظهر عليه العلامات الجيدة
 للصحة ولقح له الجدرى بعد ولادته بيومين فكانت ازراه صغيرة جدا والبرثات
 تكاد ان لا تظهر ولم يشاهد حوالها الدائرة النهائية وحصل له منذ يومين

أسهال مادة صفراء غزيرة فأرسل لبيت المرضى في اليوم الثلاثين من أكتوبر
 في المساء فكان وجهه بعد الاحمرار منتقعا مكرشا خصوصا وحشى الزاوية
 الوحشية للعينين والليجة وكان صياحه قليلا الا انه يئن كالذى في النزع ونبضه
 صغيرا وليس فيه بالنظر لسرعته شئ غريب وفي اليوم الاول من نوفمبر كانت
 سحنته كما سبق وبردت اطرافه واشتدت الحرارة في بدنه وصار الصوت الاصم
 من صدره واضحا جدا في الجانب الايمن من الصدر وصياحه متعبا وقليل الثبات
 بدون ان يكون فيه خفاء فاذا مد الطفل ويبحث فيه مدة تنفسه شوهد عسر تمدد
 الصدر وان حركات الجباب الحاذق والحدردان البطنية زائدة النمو (علاجه
 اللعوق والصمغ المحلى) وفي الرابع من نوفمبر عرض له في كثير وكان الصباح شافا
 والاطراف باردة والوجه منتقعا كخناحي الانف اللذين يظهر عسر تمددهما
 وبقي الفم تارة مفتوحا نصف انفتاح وتارة ينفتح وينطبق على التعاقب مدة
 حركات التنفس ولم يسمع التنفس بالسماع في جزء من اجزاء الصدر مع ان الاصمية
 ليست كثيرة الوضوح خصوصا في قمة الصدر (علاجه علققان على الاجزاء
 الجانبية للصدر واللعوق) وفي الخامس حصل له هبوط عام وانقاع زائد الحد
 ثم مات في المساء ولما فتحت جثته وجد احتقان ضعفي في قاعدة اللسان
 وفي المري حيث يوجد هنالك بعض نقط من الموجيت ووجد لين في الغشاء
 المخاطي للمعالدقيق وكان في الرئتين احمرار قليل واحتقان من مادة كثيرة
 مصلية رغوية تسيل من جميع الجهات اذا شقت ووجد في الحفافة الخلفية
 للرئة اليمنى اول درجة من التكبد وكانت البلورا من الجانبين مجلسا لنقط حمر
 كثيرة دقيقة ووجد نحو مئعتين صغيرتين من مصل ند في منصب في كل تجويف
 صدرى وكانت قاعدة الرئتين ملتصقة بالجباب الحاذق بواسطة اخيطة صغيرة
 زلاية ذات قوام ضعيف ولون ليونى كالسائل المنصب ووجد المخ سليما
 الا ان بطيئاته مملوءة بالمصل.

فقد شاهدنا هنا الاضطراب والسحنة المعتلة بالالام وعسر التنفس والفجر
 الحادث من ذلك والصوت الاصم في الصدر الا خذ في الزيادة مع ان الصباح

لم يحصل فيه بتقدم الداء تغير تدريجي وشاهدنا ايضا الانتعاش والبردى الاطراف
 بخلاف حرارة البدن اى الجذع فانها كانت مرتفعة ولم تلتفت لحالة النبض
 لانه في هذا الداء كما في جميع امراض المولودين لا يؤخذ منه الاصفات غير
 يقينية وقليلة التفع بالنظر للتشخيص غير اننا وان تمسكنا بغاية الانتباه في بيان
 هذه الاعراض الا انها ليست كافية بحيث تتوصل بها مباشرة الى تشخيص
 التهاب البلور او ينهايته ان بها يغلب على الظن وجوده هذا ما يمكن ادراسته
 من تعيين مجلس هذا الداء حينما تكون المرضى من الاطفال على اسررتهم
 واما وجود هذا الداء الحاد في الاطفال المميزين فيقرب من حالته في الكبار
 البالغين في الاسباب والعلامات وغيرهما من كونه يتبدأ بقشعريرة ثم الم
 في الجانب وقد يحصل الالم مع القشعريرة معا وتلك حالة عسرة ربما اعلنت
 بالاختناق وقد لا يعرض الالم الا بعد الحمى بجملة ايام ثم تعرض الحرارة وبقية
 امراض الحمى فيقصر التنفس ويسرع ويتقطع بسبب الالم ويكون السعال
 يابسا واذ اقرع على الصدر سمع صوت اصم في الجانب المصاب ويسمع بالمسمع
 التنفس والصوت والسعال الصغير اى يسمع في كل رد قس رنانة الصوت
 والسعال كما يمر الهواء في انبوبة النحاس ثم اذا صار الانصباب في البلور كثيرا
 لم يصل للاذن شئ من اللغط والغالب دولم الحمى مع النوب الليلية وكثيرا
 ما تصف بالتردد واحيانا بالتقطع فتشبه الحمى الخبيثة البلور اوية ومن الخامس
 الى التاسع تزول الحمى بدون بحران او مع بحران ويزول الم الجانب وبقية
 اعراض الحمى فيصير النفث سهلا وتستيقظ الشهية ويدخل المريض حينئذ
 في النقاهة فهذه هي الاعراض الغالبة للبلور او الحاد في المميزين كما في الكبار
 واما تفصيلها فالم الجانب هو العلامة الوحيدة الدائمة التي تثير الصياح والغالب
 ان يكون مجلسه تحت الثدي في محاذاة الارتباطات الجانبية للجباب
 الحار وروى بما قيل انه ناتج من احتكاك البلور الضلعية بالبلور الرئوية وان هذا
 الاحتكاك يكون اعظم في محاذاة الجزء السفلى من الرئة منه في بقية اجزائها
 مع ان هذا الالم قد يوجد في محل آخر غير المثل الذي عينا قد شوهد في القسم

القطني والقسم الثديي والقسم تحت القص وفي محاذاة الضلع الثاني والثالث
 وفي المنكب ثم هذا الالم قد يكون دائما وقد يكون برهيا و احيانا متقطعا
 ويختلف شدته فقد يشتد حتى يهدد باختناق المريض من لدنى حركة وتظهر حالة
 ذلك في وجهه وقد لا يوجد الالم من اصله ويسمى الداء حينئذ بالبور او بالخطي
 بحيث لا يمكن معرفته بدون القرع او الاسماع وفي تلك الحالة اوصى بجلبني
 بان يؤمر المريض بالاضطجاع على جانب ثم على الآخر ويتنفس تنفسا كبيرا
 ويسعل ويسأل هل احس بالالم او ثقل في بعض محال من احد الجانبين فان قال
 نعم جرمنا بلن مجلس البلوراوى في ذلك المحل الذي احس فيه بذلك واما التنفس
 فيكون قصيرا متقطعا متواترا والغالب ان سرعة التنفس تكون على حسب
 شدة الالم وربما اخذ من سرعة التنفس وجود الالتهاب البلوراوى اذ الالم يكن
 هنالك حتى ان الطبيب الماهر قد يميز الالتهاب بمجرد رؤيته حركات الصدر
 وذكروا من العلامات للبلوراوى عدم تحررك الصدر في الجانب المريض لكن
 هذه العلامة ضعيفة والاستلقاء على الظهر هو العلامة الاعتيادية للبلوراوى
 الحادة وقد يحصل الاضطجاع احيانا على الجانب السليم لاعلى الجانب المريض
 اصلا قل مع وجود الوجع بخلاف المزمن فانه اذا كان الانصباب كثيرا لم يتيسر
 للمريض النوم على الظهر ولا على الجانب الذي هو مجلس للانصباب اذ من
 المعلوم ان رئة الجانب المريض في المزمن من حيث انها ليست اهلا للتنفس
 يلزم ان تبدل برئة الجانب السليم فلذلك يضطر للازمة وضع يتسع فيه الجانب
 السليم حسبا امكن واما السعال فيوجد غالبا ويكون يابسا مكتوما يجتهد
 المريض في كتمه بسبب الالم الذي يوجد معه وقد يخرج مع السعال بعض مخاطية
 من القصبة او الشعب ومصابة هذا الداء للترلة من المضاعفات الثقيلة بسبب
 السعال المؤلم الذي يحجبه التهاب الغشاء المخاطي وقد لا تظهر ظاهرات الزلة
 الا في حال هبوط الاعراض الحادة للبلوراوى فاذا كانت النخامة شفاقة لزجة
 ملتصقة بالاناء وملونة بالدم كان من الواضح اصابة منسوج الرئة ويكون هنالك
 بلوراوى رئوي واما الحمى فقد تسبق ظهور الداء بيومين او ثلاثة وتذهب قبل

ذهاب الاعراض الموضعية للداء

واما الصفات التشخيصية المأخوذة من القرع فنقول فيما انه يسمع من الصدر صوت اصم في البلوراوى كما يسمع في الرئوى غير ان الاصمية تختلف فيهما فالاولا الاختلاف في المجلس على حسب هيئة المريض فالاصمية في البلوراوى تنشأ من الانصباب وتشغل اميل المحال وتختلف بحسب وضع المريض واما في الرئوى فتنشأ من تيس الرئة ومحل ذلك لا يختلف ولا يتعلق بوضع المريض وثانيا سرعة ظهور الاصمية في البلوراوى نظرا لسرعة حصول الانصباب فقد شوهد ظهورها بعد ابتداء الداء بننتى عشرة ساعة واكد ذلك ايضا بالتجربة على الحيوانات بخلافها في الرئوى فانها بطيئة الظهور وتكون تدريجية كتدريج تيس منسوج الرئة وثالثا بسعة الاصمية وشدها في البلوراوى فتكون فيه اتم واوسع لانه يـكفى يومان بل اربع وعشرون ساعة لامتلاء التجويف الصدرى بالانصباب

واما الصفات التشخيصية المأخوذة من الاسماع للبلوراوى فتختلف باختلاف كثرة الانصباب فان كان قليلا قبلت الاذن وقت اخراج النفس احساسا بصح ان يسمى بالنفخ الصغيرى لانه يشبه عمود هوا ينفخ في الاذن من اتوبة نحاس وذلك النفخ يكون فنجيا ويكون كل من الصوت والسعال صغيرا فنجيا ايضا ولذلك شبه لاهنك هذا الصوت النخعي بصوت المعز وسماه بالكلام المعزى وينسب ذلك الصوت النخعي حسبما يظن لتعوجات السائل البلوراوى المضطرب من اهتزازات الشعب والمنسوج الرئوى فاذا كان الانصباب عظيما كانت الرئة بعيدة عن جدران الصدر بمسافة ما فلا يسمع اللغظ مدة التنفس ولمدة تقاطيع مخارج الصوت

فبالنظر للاسماع قد يشبه البلوراوى اما بالرئوى واما بوجود كهف واحد او كهوف في الرئة وهما هي الصفات الرئيسة المميزة في الرئوى مع التيس يوجد كما في البلوراوى التنفس الصغيرى والصوت الصغيرى والسعال الصغيرى لكن هذه الصفات لا توجد الا في دور التيس بعد جله ايام من الخرخرة القرعية

واما

وأما النفخ الصغير والصوت الصغير فيظهرا من الابتداء في البلوراوى
 وما عدا ذلك توجد في الرئوى الخرخرة القرقعية غالباً في حدود الجزء المتيسر
 بل وفي محاذاته ويكون كل من النفخ الصغير والصوت الصغير والتنفس
 الصغير في البلوراوى نفعياً وكون هذه نغمة سليمة في الرئوى والصوت
 الصغير في الرئوى هو الذى عبر عنه لاهنك بالصوت الشعبى اعنى رنانية
 الصوت في تقاريع الشعب المبحوث فيها بالجماع في الحالة السليمة والتنفس
 في حالة وجود الكهف الرئوى يوجد فيه النفخ الصغير الذى يصح ان يسمى
 بالنفخ الكهفى بسبب صفته وكونه متعدياً فى الغالب مع الخريرات الناتجة من وجود
 تحطاط او صديد في هذه الكهوف ويوجد فى السعال والصوت رنين على حسب
 سعة الكهف وكمثافة جدرانته وذلك هو ما يقال له الصوت الصغير
 والسعال الصغير الكهفيان وهذه الظاهرة التى هى رنين الصوت والسعال
 فى كهوف المساوين مماها لاهنك بالتكلم الصدرى فهذه الكلمات الثلاث
 اعنى الصوت المعزى والصوت الشعبى والتكلم الصدرى انما هى شئ واحد
 وهورنانية الصوت والسعال فى الانابيب الشعبية وتحويها للاذن بواسطة
 منسوج الرئة الذى صار غير قابل لنقوذ الهواء فيه فالصوت المعزى انما هو
 الصوت الشعبى النخعى والتكلم الصدرى انما هو الصوت الشعبى الذى تحصل
 فيه الرنانية من جدران كهف فاعرف ذلك ولا تشبه عليك هذه الاسماء
 الثلاثة المختلفة التى استعملت للتعبير عن ظاهرة واحدة متنوعة فقد ابدلناها
 بعبارة كثيرة الاستعمال مقبولة يفهم منها المشاهد المعنى المراد وهى التعبير
 بالصوت والسعال الصغيرين فبواسطة العلامات المأخوذة من الاسماع
 والقرع يمكن معرفة الالتهاب البلوراوى والفرق بينه وبين امراض الرئة
 وسبب الالتهاب الرئوى ونزيد فى ايضاح المقام بالاختصار وتقول قد يشبه
 البلوراوى بالام الصدرى المسمى بلورودنيا وبالالتهاب الرئوى فى الام
 الصدرى يوجد ألم فى الجانب كما فى البلوراوى لكن لا يوجد مع ذلك حمى
 ويسمع من الصدر بالقرع صوت طبيعى وبالاسماع لفظ حوصلى اذا قهر المريض

الام وفي البلوراي يوجد الم الجانب وحى مسبوقة بشعريرة ويمكن ان تغد
 الشعريرة من العلامات الواصفة لهذا الداء ولا يوجد كما قال بجليقي بلوراي
 كاذب يتبدأ بدون شعريرة وتوجد اصمية في الصدر وتنفس وصوت وسعال
 موصوفة بكونها مغيرة تخفية اذا كان الانصباب قليل العظم وقد نام للفظ
 التنفس اذا كان الانصباب عظيما بل متى وجد الم الجانب مع حى مسبوقة
 بشعريرة حكم بالبلوراي ولومع عدم وجود الاعراض الموضعية الاخر
 لان الغالب انهم لم تلبث قليلا حتى تظهر واما في الرثوى فلا يوجد الم الجانب
 ولا عسر التنفس الذي يدركه المريض والالتهاب البلوراي الخفي هو الذي
 يحصل بدون الم وذلك هو اكثر انواع هذا الالتهاب وهو قد يكون حادا
 او مزمننا ويوجد وحده او مع غيره وهو الذي قد يحصل فيه اشتباه التشنج
 قال كروظليير وقد اتفق انه خفي على جملة ايام وذلك ان بنتا صغيرة عمرها عشر
 سنين حصل لها حى حادة مع مغص واسهال فظننت ان ذلك تهيج من تهيجات
 الامعاء فامررت لها بماء الارز وضجادات وحقن مرخية ففي اليوم التالي
 نقصت الحى وفي اليوم الثالث قامت الطفلة ولعبت مع اخواتها وان كان معها
 بعض من آثار الحى فقطعت عبادتي عنها فبعد خمسة ايام ارسل لي اهلها من
 جديد فرأيت الطفلة مفارقة لسريرها ووجهها منتعفا وهي نحيلة واطرافها
 باردة وحرارة بدنها محرقة ومعها عطش ومن ادنى حركة يحصل في نبضها
 وتنفسها سرعة غريبة فظننت وجود التهاب بلوراي وقرعت الجزء الخلفي
 من الصدر من فوق الملابس فعرفت اصمية واضحة جدا في الجهة اليمنى فحربت
 الطفلة وبجئت فيها وهي على السرير فتأكد عندي وجود هذا الالتهاب
 في الجهة اليمنى من الاصمية الواصفة في هذه الجهة كلها ومن التنفس الصغير
 والصوت الصغير والسعال الصغير الخفية كلها فسألت الطفلة حينئذ عن
 محل الام فاخبرتني انه في الجانب وانما يظهر عند العطاس وفي مدة حركات
 الانحناء الجانبى للصدرى وكفى اعلاج هذه الطفلة السكون والحمية وحرقاة
 على الجانب فشفيت بذلك شفاه سريعا وكثيرا ما يموت بهذا الداء الاطفال

الصغار في السن

ولهم انواع كثيرة للالتهاب البلوراوى باعتبار الجزء المشغول بالالتهاب
 لا حاجة لنا هنا بالاطالة بها فلنشرح في البلوراوى المزمن
 الالتهاب البلوراوى المزمن * قال بليار قد ينتقل البلوراوى الحاد الى الحالة
 المزمنة حتى في الاطفال الصغار جدا ويحصل منه تغير في المنسوج نظير
 ما يشاهد في البالغين من ذلك مشاهدة طفلة اثني صغيرة عمرها ثلاثة اشهر ولم تزل
 من ابتداء ولادتها مريضة ضعيفة كثيرة الصياح منتقعة اللون وبسبب ذلك
 دخلت بيت المرضى مرات كثيرة ولم يظهر فيها الاعراض مبهمه حتى ماتت
 في الثامن عشر من افريل بعد ان وصلت لاعلى درجة من الهبوط التدريجي
 ولم يعرض لها الاسهال الا في الايام الاواخر ولا كابدت حتى مع ان تنفسها
 كان قصيرا ولم يشاهد في نغمة صياحها تغير حتى قال المولكون بها انها ماتت
 بالضعف ولما فحنت جثتها وجد المعاء الدقيق احمر منتفخا ملوا بدم مسود كثير
 تجمد الى خلط ووجد المعاء الغليظ سليما وانما وجد التهاب رئوى قوى الشدة
 في الجانب الايسر فكانت البلورا الضلعية والرئوية مغطاة بطبقة من الليفا
 الالتصاقية التي يملكها خط ونصف ولما رفعت هذه الطبقة وجدت البلورا
 تحتها كانهما خشنة شديدة الاحتقان واما منسوج الرئة تحتها فكان شديد
 التقرع وفي غاية السلامة ولما قطعت الرئة بالعرض شوهد في دائرة العضو خط
 احمر واضح فاصل بين البلورا الملتببة والمنسوج الرئوى ووجد كل من القلب
 والاوعية الغليظة خاليا من الدم والقضبات الجنينية مفسدة والمخ في غاية
 السلامة وتحتوي بطيناته على قليل من المادة المصلية

فقد شاهدنا من ذلك ان حالة الضعف والنحول كانت متعلقة بهذا البلوراوى
 الحفى الذى تقدماته اهلكت هذه الطفلة ~~التي~~ كان يطمئنى حتى رأينا طفلا آخدا
 في القبول والنهول ينبغي ان نبش مع غاية الانتباه هل هذه الحالة ناشئة من آفة
 عضوية خفية ام لا ولا تترك المريض ونفسه اهمالا او اطمانا فربما انتهت هذه
 الحالة بحالة محزنة اذ لم نجح باقتبائه عن سببها ومجلسها وطبيعته وبالجملة

ليس تشخيص البلوروى المزمن في الاطفال الصغار سهلا ولكن يمكن ظن وجوده اذا رأى يتألقا عظيما واضطرابا وتعسرا في التنفس وتعدا شاتها في جذران الصدر وانقباضات سريعة واضحة جدا في الحجاب الحاجز والعضلات البطنية ورأى ينام هذه الاعراض سلامة الصباح اى عدم وجود تغير فيه سوى التعب والهبوط قال المؤلف والقرع والاسماع لا يعينان في الحالة التي نحن بصدد اعاانة قوية واتما يخيد ان الشك ومع ذلك اذا لم يسمع التنفس في جزء من اجزاء الصدر وان كان الصباح تاما مطلقا جازان يظن وجود انصباب بدون تكبد في رئة هذا الطفل وانه يقرب للعقل اصابته بالتهاب بلوروى ولكن قد علمت ان هذا كله ظنى ولذلك نعيد الكلام ونقول ان تشخيص البلوروى في الاطفال الرضع عسر دائما ويصعب اشتباهه بالالتهاب الرئوى لكن من السعدان هذا الغلط ليس مضرا للمريض لان المعالجة واحدة تناسبه كلاما من المريض واما البلوروى المزمن في الاطفال المتقدمين في السن فلا يصعب ايضا الملاحظة ولا يقهر المرضى على ملازمة السرير ولكن لا يزال التحول آخذا في السرعة فيهم ويكون معهم انتفاخ الوجه وتغير السحنة وذهاب اللون وبرودة الاطراف مع حرارة اجزاء البدن المغطاة بالملابس وتواتر النبض من ادنى ازعاج وقصر التنفس وسرعته من ادنى حركة وعدم الشهية او ضعفها وعسر الهضم المصاحب غالباً بالحمى لكن تزايد الاعراض بالليل يوقظ انتباه الطبيب المباهر لان يبحث في الصدر والقرع والاسماع فيهم يعينان على التشخيص ويكونان على جميع اجزاء الصدر من ترقوته الى قاعدة فيسمع منه صوت شديد الاصمية وقد تام للغط التنفس وصوت التكلم ماعدا الجزء الخلفى وجانبى العمود الفقري وتقسيم الشعب فاما يسمع هناك التنفس الصغير والصوت الصغيرى هذا ولا يمكن اشتباه البلوروى المزمن الا بالرئوى المزمن غيران قياس سعة الصدر الغير المتأفح في البلوروى الحاد له دخل عظيم هنا في كمال التشخيص لان كروفليير قال انى لم اشاهد ابدا هذا الداء المزمن بدون تضيق او اتساع في النصف المحاذى لذلك من الصدر ويقع ذلك القياس بخيط

او شريط يوضع طرفه على الخط المتوسط في محاذاة قاعسة التثو الخجري
والطرف الثاني على السلسلة وجعل بعضهم الوضع من وسط القص الى السلسلة
وعلى كل حال اذا كان هناك بلوراوى مزمن لم يمتص سائله يوجد حجم نصف
الصدر المحاذى للجانب المريض ازيد في الاتساع بقيراط او قيراط ونصف
او قيراطين ويندربا كثر من ذلك عن حجم النصف الاخر المقابل له فان كان
البلوراوى المزمن في حدود الشفاء هبط الجانب المريض وانخفضت الاضلاع
وانخفض عظم الكتف وتقوست السلسلة وذلك هو ما يحصل كثيرا للصبيان
واما حش توج السائل المنصب في البلورا حيث يدرك من مصادمة السائل
للمحل المقابل للجزء المقروء من الصدر كما يحس بذلك في التجويف البطني فينع
منه وجود الاضلاع والتوتر الاعتيادي للاخلية التي بينها ومثل ذلك ايضا
هزة بقراط التي لاتفع ولا تحرض لغطاء خرياد الاعلى الانصباب الا فيما اذا كان
في تجويف البلورا غاز وسائل معها واما اضطجاع المريض في هذا المزمن
فيحتاج الانتباه عكس ما شاهدناه في الحاد لان الاضطجاع يحصل هنا غالبا
على الجانب المريض وتوضيح ذلك سهل اذا اعتبر ان التنفس يحصل بالجانب
السليم فقط بخلاف المريض فانه ليس اهلا للتنفس واما عسر التنفس فتأتي
اولا من كمية السائل المنصب وثانيا من سرعة تكون الانصباب وثالثا من
السلامة التامة او الغير التامة لرنة الجانب المقابل والغالب ان البلوراوى
الحى عن الحى هو المصاحب لانصباب مصلى وغشائى كاذب والذي معه
الحى هو المصاحب للانصباب الصديدي

ومدة البلوراوى المزمن تختلف من ستة اسابيع الى سنة بل أكثر وكثيرا ما ينتهى
بالموت وذلك يكون اول بالضعف التدريجى كانهاء المسولين كما شاهدنا ذلك
في الطفل السابق وثانيا بالاختناق كالمصابين بمرض القلب وقد ينتهى بالشفاء
وذلك بكيفيات كثيرة فالاول بالامتصاص التدريجى للسائل المنصب وللأغشية
الكاذبة او بصيرورة هذه الأغشية آلية وثانيا باستفراغ السائل من الخارج
سواء فعل ذلك من الشعب او من فتحة صناعية او انفتحت من ذاتها من الصدر

كما شوه ذلك والتشريح المرضي للالتهاب البلوراوى هو الاحتقانات
والالتصاقات وانصباب السائلات في تجويف البلورا صافية كانت او متكدرة
والاغشية الكاذبة المتكونة والصدید والدم والغازات وغير ذلك

ومعالجة البلوراوى مؤسسة على ما أسس عليه علاج جميع الالتهابات
وتختلف باختلاف الالتهاب وادوار الداء ومضاعفاته ومزاج المريض
وسنه وغير ذلك من الاحوال المعروفة وبالجملة لا تختلف عن معالجة الرئوى
الا في اشياء يسيرة فيبتدأ اذا كان الطفل مقدا في السن بالاستفرغات الدموية
سواء بالفصد او العلق او المحاجم فيوضع العلق على المحل المتألم ويصم وضع
المحاجم على محال العلق ليسيل بعض دم منه الككن اذا كان الطفل صغيرا
اقتصصر على وضع العلق منثورا على الصدر فيوضع له من اربع علقات الى ثمان
وبعد العلق توضع الضمادات المرخية وتكون حرارتها مقبولة وتحفظ فيها تلك
الحرارة باى واسطة كانت ويعطى للمريض المشروبات التى تنوع بحسب ذوقه
ولا بأس بالتخذه من الازهار الاربعة الصدرية وهى زهر الخبازى والبنفسج
واللبيدة البيضاء والخشخاش البرى محلى ذلك بالعسل او شراب كزبرة البئر
واما المقيئات فقير مناسبة خلافا لما كانت تراه القدماء بخلاف المليينات الخفيفة
اى المسملات بلطف كالم ودهن الخروع حيث يؤمر به لكبار في الايام
الاولى وتحدد زمنافز من ان الماهم فى الداء الذى عرضه الرئيس هو عسر
التنفس ان يحفظ البطن مطلوقا فى مدة سيره والحرارىق لا توضع عموما
فى الازمنة الاول من الداء وانما توضع بعد تقدم الداء وتكون على الصدر لا على
محل آخر كالذراعين والساقين اذ لا نفع لها حينئذ كما تحقق ذلك بالمشاهدة
ويستعمل على محل الام فى الاطفال الكبار الدلك بدهن اللوز الحلو واللودنوم
والضمادات المرشوش عليها اللودنوم واذا كان الطفل عضبيا ويستشعر بشدة
الام اعطى له من الباطن المسكات واذا ذهبت الحمى وابتدأ الامتصاص كنى
التدبير المناسب فانه يوصل لشفاء سريع غير ان هذا الامتصاص بطيء ويعين
عليه استعمال بلوع يركب لكبار من قمحتين من الكلو ميلاس وقمحة من

بصل الغنصل وربيع قمعة من مسحوق الديجتال وكية كافية من شراب مناسب وتنوع المقادير بحسب السن ويستعمل في اليوم مرة او مرتين ويوضع مع ذلك ايضا على الجانب سراحة تحفظ حتى يتم الشفاء ومدح بعض الاطباء ذلك الزبق واستعمال ملح البارود بكمية وافية وخلات البوتاسه ولا بأس بتجربة ذلك مع الاحتراس ولكن الجية في العلاج قاسية في الدور الاول اى دور الحمى ثم تحفظ بعد زوالها وفي مدة الامتصاص وربما اضطر لعملية البزل بالشروط المعروفة في الجراحة

وعلاج البلوراوى المزمن يقوم من التدبير الغذائى ومن المصرفات الجلدية والمدرات والمسملات التى يقال لها مغيرة واذا خيف الاختناق فعل البزل والتدبير الغذائى يكون على حسب قوة الهضم وتكن السكى في مكان جاف والملابس على الرأس والقدمين من الصوف وبذلك الجسم بمروحات منبهة ولا سيما صبغة الغنصل والديجتال وكذا الرياضة المناسبة وذكر امان جملة الوسائط الخزام بدل الحراقة غير انه قد يرفض بسبب الالم الذى يسببه وانما الحراقة هى المصروف الجلدى الذى يستعمل غالباً ويصح ان تجدد في كل خمسة عشر يوماً وتقل على جميع سطح الصدر واما المدرات والمسملات فمن الوسائط المتوسطة القوة للامتصاص في كثير من احوال المزمن واستعمل كروفلير هنا البلوغ السابقة في الحاد وكثيراً ما امر بالمزوج الا ترى المركب للبكار البالغين من درهم او درهمين من صبغة الصبر وعشرين نقطة من صبغة الغنصل وعشرين نقطة من صبغة الديجتال وينوع مقدارها للاطفال على حسب سنهم ويستعمل على الزبق في الصباح في كل يومين او ثلاثة فقد نجح استعمال ذلك مع مرضى كانوا مهيشين للاختناق وجزم هذا الطبيب بفعل عملية البزل لهم فلما استعمل لهم هذا المركب تعرض الامتصاص فيهم واغناهم عن مكابدة العملية فان احتاج الامر لفعل العملية فعلت كما قلنا نهاية ما نقول هنا اختار كروفلير تبعا لادبويترن البزل بالبازلة وان يستفرغ السائل كله خلافا لادبويترن القائل باستفراغ بعضه نم لا بد من دخول الهواء في محله لكن متى استخرجت

لم يحصل فيه بتقدم الداء تغير تدريجي وشاهدنا ايضا الانتقاع والبرد في الاطراف
 بخلاف حرارة البدن اى الجذع فانها كانت مرتفعة ولم تلتفت لحالة النبض
 لانه في هذا الداء كما في جميع امراض المولودين لا يؤخذ منه الاصفات غير
 يقينية وقليلة التفع بالنظر للتشخيص غير اننا وان تمسكنا بغاية الانتباه في بيان
 هذه الاعراض الا انها ليست كافية بحيث تتوصل بها مباشرة الى تشخيص
 التهاب البلور اوى نهايته ان بها يغلب على الظن وجوده هذا ما يمكننا دراسته
 من تعيين مجلس هذا الداء حينما تكون المرضى من الاطفال على اسررتهم
 واما وجود هذا الداء الحاد في الاطفال المميزين فيقرب من حالته في الكبار
 البالغين في الاسباب والعلامات وغيرهما من كونه يتبدأ بقشعريرة ثم الم
 في الجانب وقد يحصل الالم مع القشعريرة معا وتلك حالة عسرة ربما اعلنت
 باختناق وقد لا يعرض الالم الا بعد الحمى بجملة ايام ثم تعرض الحرارة وبقية
 اعراض الحمى فيقصر التنفس ويسرع ويتقطع بسبب الالم ويكون السعال
 يابسا واذ اقرع على الصدر سمع صوت اصم في الجانب المصاب ويسمع بالمسمع
 التنفس والصوت والسعال الصفيرى اى يسمع في كل رد قس رنانية الصوت
 والسعال كما يمر الهواء في انبوبة النحاس ثم اذا صار الانصباب في البلور كثيرا
 لم يصل للاذن شئ من اللغط والغالب دوام الحمى مع النوب الليلية وكثيرا
 ما تنصف بالتردد واحيانا بالتقطع فتشبه الحمى الخبيثة البلور اوية ومن الخامس
 الى التاسع نزول الحمى بدون بحران او مع بحران ويزول الم الجانب وبقية
 اعراض الحمى فيصير النفث سهلا وتستيقظ الشهية ويدخل المريض حينئذ
 في النقاهة فهذه هي الاعراض الغالبة للبلور اوى الحاد في المميزين كما في الكبار
 واما تفصيلها فالجانب هو العلامة الوحيدة الدائمة التي تميز الصباح والغالب
 ان يكون مجلسه تحت التدى في محاذاة الارتباطات الجانبية للهاب
 الحار وروى بما قيل انه ناتج من احتكاك البلور الضلعية بالبلور الرئوية وان هذا
 الاحتكاك يكون اعظم في محاذاة الجزء السفلى من الرئة منه في بقية اجزائها
 مع ان هذا الالم قد يوجد في محل آخر غير المثل الذى عيناه فقد شوهد في القسم

القطنى والقسم التدبى والقسم تحت القص وفي محاذاة الضلع الثانى والثالث
 وفي المنكب ثم هذا الالم قد يكون دائما وقد يكون برهيا وحيانا متقطعا
 وتختلف شدته فقد يشتد حتى يهدد باختناق المريض من لدنى حركة وتظهر حالة
 ذلك في وجهه وقد لا يوجد الالم من اصله ويسمى الداء حينئذ بالبورواوى الخفى
 بحيث لا يمكن معرفته بدون القرع او الاسماع وفي تلك الحالة اوصى بجلبني
 بان يؤمر المريض بالاضطجاع على جانب ثم على الآخر ويتنفس تنفسا كبيرا
 ويسعل ويسأل هل أحس بالالم او تقل في بعض محال من احد الجانبين فان قال
 نعم جزمنا بان مجلس البورواوى في ذلك المحل الذى احس فيه بذلك واما التنفس
 فيكون قصيرا متقطعا متواترا والغالب ان سرعة التنفس تكون على حسب
 شدة الالم وربما اخذ من سرعة التنفس وجود الالتهاب البورواوى اذ الم يكن
 هناك الم حتى ان الطبيب الماهر قد يميز الالتهاب بمجرد رؤيته حركات الصدر
 وذكروا من العلامات للبورواوى عدم تحررك الصدر في الجانب المريض لكن
 هذه العلامة ضعيفة والاستلقاء على الظهر هو العلامة الاعتيادية للبورواوى
 الحاد وقد يحصل الاضطجاع احيانا على الجانب السليم لاعلى الجانب المريض
 اصلا قله مع وجود الوجع بخلاف المزمن فانه اذا كان الانصباب كثيرا لم يتيسر
 للمريض النوم على الظهر ولا على الجانب الذى هو مجلس للانصباب اذ من
 المعلوم ان رئة الجانب المريض في المزمن من حيث انها ليست اهلا للتنفس
 يلزم ان تبدل برئة الجانب السليم فلذلك يضطر للازمة وضع يتسع فيه الجانب
 السليم جميعا امكن واما السعال فيوجد غالبا ويكون يابسا مكتوما يجتهد
 المريض في كتمه بسبب الالم الذى يوجد معه وقد يخرج مع السعال بعض مخاطية
 من القصبة او الشعب ومصابة هذا الداء للترلة من المضاعفات الثقيلة بسبب
 السعال المزم الذى يحجب التهاب الغشاء المخاطى وقد لا تظهر ظاهرات الترلة
 الا في حال هبوط الاعراض الحادة للبورواوى فاذا كانت الخسامة شفاة لرجة
 ملتصقة بالاناء وملونة بالدم كان من الواضح اصابه منسوج الرئة ويكون هناك
 لبورواوى رتوى واما الحمى فقد تسبق ظهور الداء بيومين او ثلاثة وتذهب قبل

ذهاب الاعراض الموضعية للاداء

واما الصفات الشخصية المأخوذة من القرع فنقول فيما انه يسمع من الصدر صوت اصم في البلوراوى كما يسمع في الرثوى غير ان الاصمية تختلف فيما فاولا الاختلاف في المجلس على حسب هيئة المريض فالاصمية في البلوراوى تنشأ من الانصباب وتشغل اميل المحال وتختلف بحسب وضع المريض واما في الرثوى فتنشأ من تيبس الرئة ومحل ذلك لا يختلف ولا يتعلق بوضع المريض وثانيا سرعة ظهور الاصمية في البلوراوى نظرا لسرعة حصول الانصباب فقد شوهد ظهورها بعد ابتداء الداء بنתי عشرة ساعة وكذلك ايضا بالتجربة على الحيوانات بخلافها في الرثوى فانها بطيئة الظهور وتكون تدريجية كتدريج تيبس منسوج الرئة وثالثا بسعة الاصمية وشدها في البلوراوى فتكون فيه اتم واوسع لانه يـكفي يومان بل اربع وعشرون ساعة لامتلاء التجويف الصدري بالانصباب

واما الصفات الشخصية المأخوذة من الاسماع للبلوراوى فتختلف باختلاف كثرة الانصباب فان كان قليلا قبلت الاذن وقت اخراج النفس احساسا بصح ان يسمى بالنفخ الصغرى لانه يشبه عمود هواء ينفخ في الاذن من اثوبة نحاس وذلك النفخ يكون فجعيا ويكون كل من الصوت والسعال صغيرا فجعيا ايضا ولذلك شبه لاهنك هذا الصوت النخعي بصوت المعز وسماه بالكلام المعزى وينسب ذلك الصوت النخعي حسبا يظن لتوجات السائل البلوراوى المضطرب من اهتزازات الشعب والمنسوج الرثوى فاذا كان الانصباب عظيما كانت الرئة بعيدة عن جدران الصدر بمسافة ما فلا يسمع الا لقطع مدة التنفس ولا مدة تقاطيع مخارج الصوت

فبالنظر للاسماع قد يشبه البلوراوى اما بالرثوى واما بوجود كهف واحد او كهوف في الرئة وهما هي الصفات الرئيسة المميزة في الرثوى مع التيبس يوجد كما في البلوراوى التنفس الصغرى والصوت الصغرى والسعال الصغرى لكن هذه الصفات لا توجد الا في دور التيبس بعد جله ايام من الخرخرة القرصية

واما

واما النفخ الصغير والصوت الصغير فيظهرا من الابتداء في البلوراوى
وما عدا ذلك توجد في الرئوى الخرخرة القرعية غالباً في حدود الجزء المتوسط
بل وفي محاذاته ويكون كل من النفخ الصغير والصوت الصغير والتنفس
الصغير في البلوراوى نغماً وانه يكون هذه نغمة سليمة في الرئوى والصوت
الصغير في الرئوى هو الذى عبر عنه لاهنك بالصوت الشعبى اعنى رنانية
الصوت في تفاريع الشعب المبعوث فيها بالجماع في الحالة السليمة والتنفس
في حالة وجود الكهف الرئوى يوجد فيه النفخ الصغير الذى يصح ان يسمى
بالنفخ الكهفى بسبب صفته وكونه متحد فى الغالب مع الخريرات الناتجة من وجود
نحاط او صديد في هذه الكهوف ويوجد في السعال والصوت رنين على حسب
سعة الكهف وكمثافة جدرانه وذلك هو ما يقال له الصوت الصغير
والسعال الصغير الكهفيان وهذه الظاهرة التى هى رنين الصوت والسعال
في كهوف المسلولين مماها لاهنك بالتكلم الصدرى فهذه الكلمات الثلاث
اعنى الصوت المعزى والصوت الشعبى والتكلم الصدرى انما هى شئ واحد
وهو رنانية الصوت والسعال في الاثيوب الشعبية وتحويلها للاذن بواسطة
منسوج الرئة الذى ما و غير قابل لنفوذ الهواء فيه فالصوت المعزى انما هو
الصوت الشعبى الضعفى والتكلم الصدرى انما هو الصوت الشعبى الذى تحصل
فيه الرنانية من جدران كهف فاعرف ذلك ولا تشبه عليك هذه الاسماء
الثلاثة المختلفة التى استعملت للتعبير عن ظاهرة واحدة متنوعة فقد ابدلناها
بعبارة كثيرة الاستعمال مقبولة يفهم منها المشاهد المعنى المراد وهى التعبير
بالصوت والسعال الصغيرين قبواسطة للعلامات المأخوذة من الاسماع
والقرع يمكن معرفة التهاب البلوراوى والفرق بينه وبين امراض الرئة
وسبب التهاب الرئوى وزيد في ايضاح المقام بالاختصار وتقول قد يشبه
البلوراوى بالالام الصدرى المسمى بلورودينيا وبالالتهاب الرئوى فى الالم
الصدرى يوجد فى الجانب كفى البلوراوى لكن لا يوجد مع ذلك حمى
ويسمع من الصدر بالقرع صوت طبيعى وبالاسماع لفظ حوصلى اذا قهر المريض

الالم وفي البلوراوى يوجد الم الجانب وحى مسبوقه بقشعريرة ويمكن ان تغد
القشعريرة من العلامات الواصفة لهذا الداء ولا يوجد كما قال بجليق بلوراوى
كاذب يتدأ بدون قشعريرة وتوجد اصمية في الصدر وتنفس وصوت وسعال
موصوفة بكونها مغيرة تخفية اذا كان الانصباب قليل العظم وقد تام للفظ
التنفس اذا كان الانصباب عظيما بل متى وجد الم الجانب مع حى مسبوقه
بقشعريرة حكم بالبلوراوى ولومع عدم وجود الاعراض الموضعية الاخر
لان الغالب انهم تلبث قليلا حتى تظهر وامافى الرئوى فلا يوجد الم الجانب
ولا عسر التنفس الذى يذكره المريض والالتهاب البلوراوى الخفى هو الذى
يحصل بدون الم وذلك هو اكثر انواع هذا الالتهاب وهو قد يكون حادا
او مزمننا ويوجد وحده او مع غيره وهو الذى قد يحصل فيه اشتباه التشخيص
قال كرومير وقد اتفق انه خفى على جملة ايام وذلك ان بتا صغيرة عمرها عشر
سنين حصل لها حى حادة مع مغص واسهال فظننت ان ذلك تهيج من تهيجات
الامعاء فامرته لها بماء الارز وضجادات وحقن مرخية فى اليوم التالى
نقصت الحى وفى اليوم الثالث قامت الطفلة ولعبت مع اخواتها وان كان معها
بعض من آثار الحى فقطعت عيادى عنها بعد خمسة ايام ارسل الى اهلها من
جديد فرأيت الطفلة مفارقة لسريرها ووجهها منتقعا وهى نحيلة واطرافها
باردة وحرارة بدنها محرقة ومعها عطش ومن ادنى حركة يحصل فى بنضها
وتنفسها سرعة غريبة فظننت وجود التهاب بلوراوى وقرعت الحزء الخلقى
من الصدر من فوق الملابس فعرفت اصمية واضحة جدا فى الجهة اليمنى فعربت
الطفلة وبمحت فيها وهى على السرير فتأكد عندى وجود هذا الالتهاب
فى الجهة اليمنى من الاصمية الواضحة فى هذه الجهة كلها ومن التنفس الصغرى
والصوت الصغرى والسعال الصغرى الخفية كلها فسألت الطفلة حينئذ عن
عمل الم فاخبرتني انه فى الجانب وانما يظهر عند العطاس وفى مدة حركات
الانحناء الجانبى للصدرى وكفى علاج هذه الطفلة السكون والحمية وحرارة
على الجانب فشفيت بذلك شفاه سريعا وكثيرا ما يموت بهذا الداء الاطفال

الصغار في السن

ولهم انواع كثيرة للالتهاب البلوراوى باعتبار الجزء المشغول بالالتهاب
لا حاجة لنا هنا بالاطالة بها فلنشرح في البلوراوى المزم

الالتهاب البلوراوى للمزم * قال بليار قد ينتقل البلوراوى الحاد الى الحالة
المزمنة حتى في الاطفال الصغار جدا ويحصل منه تغير في المنسوج نظير
ما يشاهد في البالغين من ذلك مشاهدة طفلة اثني صغيرة عمرها ثلاثة اشهر ولم تزل
من ابتداء ولادتها مريضة ضعيفة كثيرة الصباح منتقعة اللون وبسبب ذلك
دخلت بيت المرضى مرات كثيرة ولم يظهر فيها الا اعراض مبهمه حتى ماتت
في الثامن عشر من افريل بعد ان وصلت لاعلى درجة من الهبوط التدريجي
ولم يعرض لها الاسهال الا في الايام الاواخر ولا كادت حتى مع ان تنفسها
كان قصيرا ولم يشاهد في نغمة صياحها تغير حتى قال المولكون بها انها ماتت
بالضعف ولما فحنت جثتها وجد المعالدقيق احمر منتفخا ملوا بدم مسود كثير
تجمد الى خلط ووجد المعال الغليظ سليما وانما وجد التهاب رئوى قوى الشدة
في الجانب الايسر فكانت البلورا الضلعية والرئوية مغطاة بطبقة من الليفا
الاتصاكية التي يحكمها خط ونصف ولما رفعت هذه الطبقة وجدت البلورا
تحتها كأنها خشنة شديدة الاحتقان واما منسوج الرئة تحتها فكان شديد
التقرع وفي غاية السلامة ولما قطعت الرئة بالعرض شوهد في دائرة العضو خط
احمر واضح فاصل بين البلورا الملتببة والمنسوج الرئوى ووجد كل من القلب
والاوعية الغليظة خاليا من الدم والفصحات الجنينية منسدة والمخ في غاية
السلامة وتحتوي بطيناته على قليل من المادة المصلية

فقد شاهدنا من ذلك ان حالة الضعف والنحول كانت متعلقة بهذا البلوراوى
الحفى الذى تقدماته اهلكت هذه الطفلة امكن يبطى ففى رأينا طفلا آخذا
في الذبول والنحول ينبغي ان نبحث مع غاية الانتباه هل هذه الحالة ناشئة من آفة
عضوية خفية ام لا ولا تترك المريض ونفسه اهمالا او اطمانا فربما انتهت هذه
الحالة بحالة محزنة اذ لم نجث باقترابها عن سببها ومجلسها وطبيعتها وبالجملة

الام وفي البلوراي يوجد الم الجانب وحى مسبوقه بقشعريرة ويمكن ان تغد
 القشعريرة من العلامات الواضحة لهذا الداء ولا يوجد كما قال بجليقي بلوراي
 كاذب يتبدأ بدون قشعريرة وتوجد اصمجة في الصدر وتنفس وصوت وسعال
 موصوفة بكونها ضعيفة نخعية اذا كان الانصباب قليل العظم وقد نام للقط
 التنفس اذا كان الانصباب عظيما بل متى وجد الم الجانب مع حى مسبوقه
 بقشعريرة حكم بالبلوراي ولومع عدم وجود الاعراض الموضعية الاخر
 لان الغالب انهم لم تلبث قليلا حتى تظهر واما في الرئوى فلا يوجد الم الجانب
 ولا عسر التنفس الذي يدركه المريض والالتهاب البلوراي الخفي هو الذي
 يحصل بدون الم وذلك هو اكثر انواع هذا الالتهاب وهو قد يكون حادا
 او مزمننا ويوجد وحده او مع غيره وهو الذي قد يحصل فيه اشتباه التشنج
 قال كروفليير وقد اتفق انه خفي على جملة ايام وذلك ان بنتا صغيرة عمرها عشر
 سنين حصل لها حى حادة مع مغص واسهال فظننت ان ذلك تهيج من تهيجات
 الامعاء فامررت لها بماء الارز وضمادات وحقن مرخية ففي اليوم التالي
 نقصت الحمى وفي اليوم الثالث قامت الطفلة ولعبت مع اخواتها وان كان معها
 بعض من آثار الحمى فقطعت عيادتي عنها بعد خمسة ايام ارسل لي اهلها من
 جديد فرأيت الطفلة مفارقة لسريرها ووجهها منتعها وهي نحيلة واطرافها
 باردة وحرارة بدننا محركة ومعها عطش ومن ادنى حركة يحصل في نبضها
 وتنفسها سرعة غريبة فظننت وجود التهاب بلوراي وقرعت الجزء الخلفي
 من الصدر من فوق الملابس فعرفت اصمجة واضحة جدا في الجهة اليمنى فعربت
 الطفلة وبجئت فيها وهي على السرير فتأكد عندي وجود هذا الالتهاب
 في الجهة اليمنى من الاصمجة الواضحة في هذه الجهة كلها ومن التنفس الضعيف
 والصوت الضعيف والسعال الضعيف النخعية كلها فأسألت الطفلة حينئذ عن
 محل الام فاخبرتني انه في الجانب وانما يظهر عند العطاس وفي مدة حركات
 الانحناء الجانبى للصدرى وكفى علاج هذه الطفلة السكون والحمية وحرارة
 على الجانب فشفيت بذلك شفاه سريعا وكثيرا ما يموت بهذا الداء الاطفال

الصغار في السن

ولهم انواع كثيرة للالتهاب البلوراوى باعتبار الجزء المشغول بالالتهاب
لا حاجة لنا هنا بالاطالة بها فلنشرع في البلوراوى المزمن

الالتهاب البلوراوى المزمن * قال بليار قد ينتقل البلوراوى الحاد الى الحالة

المزمنة حتى في الاطفال الصغار جدا ويحصل منه تغير في المنسوج نظير

ما يشاهد في البالغين فن ذلك مشاهدة طفلة اتى صغيرة عمرها ثلاثة اشهر ولم تزل

من ابتداء ولادتها مريضة ضعيفة كثيرة الصياح منتقعة اللون وبسبب ذلك

دخلت بيت المرضى مرار كثيرة ولم يظهر فيها الا اعراض مبهمه حتى ماتت

في الثامن عشر من افريل بعد ان وصلت لاعلى درجة من الهبوط التدريجي

ولم يعرض لها الاسهال الا في الايام الاواخر ولا كادت حتى مع ان تنفسها

كان قصيرا ولم يشاهد في نغمة صياحها تغير حتى قال الموكلون بها انها ماتت

بالضعف ولما فتحت جثتها وجد المعال الدقيق احمر منتفحا مملوا بدم مسود كثير

تجمد الى خلط ووجد المعال الغليظ سليما وانما وجد التهاب رئوى قوى الشدة

في الجانب الايسر فكانت البلورا الضلعية والرئوية مغشاة بطبقة من الليفا

الاتصاقية التي يحكمها خط ونصف ولما رفعت هذه الطبقة وجدت البلورا

تحتها كأنها خشنة شديدة الاحتقان واما منسوج الرئة تحتها فكان شديد

الاحمرار ~~بمصرح~~ غاية السلامة ولما قطعت الرئة بالعرض شوهد في دائرة العضو خط

احمر واضح فاصل بين البلورا الملتببة والمنسوج الرئوى ووجد كل من القلب

والاوعية الغليظة خاليا من الدم والفتحات الجنينية منسدة والمخ في غاية

السلامة وتحتوي بطيناته على قليل من المادة المصلية

قد شاهدنا من ذلك ان حالة الضعف والنحول كانت متعلقة بهذا البلوراوى

النفسي الذي تقدماته اهلكت هذه الطفلة ~~ا~~ كن يبطى ففى رأينا طفلا آخذا

في الذبول والنحول ينبغي ان نبعث مع غاية الانتباه هل هذه الحالة ناشئة من آفة

عضوية خفية ام لا ولا تترك المريض ونفسه اهمالا او اطمئنا فربما انتهت هذه

الحالة بحالة محزنة اذ لم نجث باقرباه عن سببها ومجلسها وطبيعتها وبالجملة

ليس تشخيص البلوروى المزمن في الاطفال الصغار سهلا ولكن يمكن ظن وجوده اذ ارأيتاقلها عظيما واضطرابا وتعسرا في التنفس وتعدا شاتها في جدران الصدر وانقباضات سريعة واضحة جدا في الحجاب الحاجز والعضلات البطنية ورأيتا مع هذه الاعراض سلامة الصباح اى عدم وجود تغير فيه سوى التعب والهبوط قال المؤلف والقرع والاسماع لا يعينان في الحالة التى نحن بصددھا اعانة قوية واتماخيد ان الشك ومع ذلك اذا لم يسمع التنفس في جزء من اجزاء الصدر وان كان الصباح تاما مطلوبا جازان يظن وجود انصباب بدون تكبد في رئة هذا الطفل وانه يقرب للعقل اصابته بالتهاب بلوروى ولكن قد علمت ان هذا كله ظنى ولذلك نعيد الكلام ونقول ان تشخيص البلوروى في الاطفال الرضع عسر دائما ويصعب اشتباهه بالالتهاب الرئوى لكن من السعدان هذا الغلط ليس مضرا للمريض لان المعالجة واحدة تناسب كلا من المرضين.

واما البلوروى المزمن في الاطفال المتقدمين في السن فلا يصعب ايضا الملاحظة ولا يجهل المريض على ملازمة السرير ولكن لا يزال الخمول اخذا في السرعة فيهم ويكون معهم انتفاخ الوجه وتغير السحنة وذهاب اللون وبرودة الاطراف مع حرارة اجزاء البدن المغطاة بالملايس وتواتر النبض من ادنى ارتجاج وقصر التنفس وسرعته من ادنى حركة وعدم الشهية او ضعفها وعسر الهضم المصاحب غالباً للحمى لكن تزايد الاعراض بالليل يوقظ انتباه الطبيب المباهر لان يبحث في الصدر والقرع والاسماع فيهم يعينان على التشخيص ويكونان على جميع اجزاء الصدر من رقيقته الى قاعدته فيسمع منه صوت شديد الاصمية وقد تامل للفظ التنفس وصوت التكلم ما عدا الجزء الخلفى وجانبي العمود الفقري وتقسيم الشعب فاما يسمع هناك التنفس الصغرى والصوت الصغرى هذا ولا يمكن اشتباه البلوروى المزمن الا بالرئوى المزمن غير ان قياس سعة الصدر الغير النافع في البلوروى الحادة دخل عظيم هنا في كمال التشخيص لان كرويلير قال اني لم اشاهد ابدا هذا الداء المزمن بدون تضيق او اتساع في النصف الجانبي لذلك من الصدر ويقع ذلك القياس بخيط

اوشريط يوضع طرفه على الخط المتوسط في محاذاة قاعدة التتو الخنجري
والطرف الثاني على السلسلة وجعل بعضهم الوضع من وسط القص الى السلسلة
وعلى كل حال اذا كان هناك بلوراوى من من لم يمتص سائله يوجد حجم نصف
الصدر المحاذى للجانب المريض ازيد في الاتساع بقيراط او قيراط ونصف
او قيراطين ويندربا اكثر من ذلك عن حجم النصف الاخر المقابل له فان كان
البلوراوى المزمن في حدود الشفاء هبط الجانب المريض وانخفضت الاضلاع
وانخفض عظم الكتف وتقوست السلسلة وذلك هو ما يحصل كثيرا للصبيان
واما حس تموج السائل المنصب في البلورا حيث يدرك من مصادمة السائل
للعمل المقابل للجزء المقرور من الصدر كما يحس بذلك في التجويف البطنى فيمنع
منه وجود الاضلاع والتوتر الاعتيادى للاخيلة التى بينها ومثل ذلك ايضا
هزة بقراط التى لاتنفع ولا تخرض لغطاخرى ريدا لاعلى الانصباب الا فيما اذا كان
في تجويف البلورا غاز وسائل معا واما اضطجاع المريض في هذا المزمن
فيحتاج لالاتباء عكس ما شاهدناه في الحاد لان الاضطجاع يحصل هنا غالبا
على الجانب المريض وتوضح ذلك سهل اذا اعتبر ان التنفس يحصل بالجانب
السليم فقط بخلاف المريض فانه ليس اهلا للتنفس واما عسر التنفس فتسبب
اولا من كمية السائل المنصب وثانيا من سرعة تكون الانصباب وثالثا من
السلامة التامة او الغير التامة لرثة الجانب المقابل والغالب ان البلوراوى
الحالى عن الحى هو المصاحب لانصباب مصلى وغشائى كاذب والذي معه
الحى هو المصاحب للانصباب الصديدي

ومدة البلوراوى المزمن تختلف من ستة اسابيع الى سنة بل اكثر وكثيرا ما ينتهى
بالموت وذلك يكون اولا بالضعف التدريجى كانهاء المسولين كما شاهدنا ذلك
في الطفل السابق وثانيا بالاختناق كالمصابين بمرض القلب وقد ينتهى بالشفاء
وذلك بكيفيات كثيرة فالاولا بالامتصاص التدريجى للسائل المنصب وللاغشية
الكاذبة او بصيرورة هذه الاغشية آلية وثانيا باستفراغ السائل من الخارج
سواء فعل ذلك من الشعب او من فتحة صناعية او اقتطعت من ذاتها من الصدر

كما شهد كل ذلك والتشريح المرضي للالتهاب البلوراوى هو الاحتقانات
والالتصاقات وانصباب السائلات في تجويف البلورا صافية كانت او متكدرة
والاغشية الكاذبة المتكونة والصديد والدم والغازات وغير ذلك

ومعالجة البلوراوى مؤسسة على ما اسس عليه علاج جميع الالتهابات
وتختلف باختلاف الالتهاب وادوار الداء ومضاعفاته ومزاج المريض
وسنه وغير ذلك من الاحوال المعروفة وبالجمل لا تختلف عن معالجة الرئوى
الا في اشياء يسيرة فيبتدأ اذا كان الطفل مقدما في السن بالاستفرغات الدموية
سواء بالقصد او العلق او المحاجم فيوضع العلق على المحل المتألم ويصح وضع
المحاجم على محال العلق ليسيل بعض دم منها ~~لكن~~ اذا كان الطفل صغيرا
اقتصروا على وضع العلق منتشر اعلى الصدر فيوضع له من اربع علقات الى ثمان
وبعد العلق توضع الضمادات المرخية وتكون حرارتها مقبولة وتحتفظ فيها تلك
الحرارة باى واسطة كانت ويعطى للمريض المشروبات التى تنوع بحسب ذوقه
ولا بأس بالمتخذة من الازهار الاربعة الصدرية وهى زهر الخبازى والبنفسج
واللبدة البيضاء والخشخاش البرى محلى ذلك بالعسل او شراب كزبرة البر
واما المقتنيات فغير مناسبة خلافا لما كانت تراه القدماء بخلاف المليينات الخفيفة
اى السمولات بلطف كالمن ودهن الخروع حيث يؤمر به ~~للكبار~~ في الايام
الاولى وتجدد زمنافز من امان المهم في الداء الذى عرضه الرئيس هو عسر
التنفس ان يحفظ البطن مطبوقا في مدة سيره والحرارىق لا توضع عموما
في الازمنة الاول من الداء وانما توضع بعد تقدم الداء وتكون على الصدر لا على
محل آخر كالذراعين والساقين اذ لا تقع لها حينئذ كما تحقق ذلك بالمشاهدة
ويستعمل على محل الام في الاطفال الكبار ذلك بدهن اللوز الحلو واللودنوم
والضمادات المرشوش عليها اللودنوم واذا كان الطفل عضبيا ويستشعر بشدة
الام اعطى له من الباطن المسكات واذا ذهبت الحمى وابتدأ الامتصاص كفى
التدبير المناسب فانه يوصل لشفاء سريع غير ان هذا الامتصاص بطيء ويعين
عليه استعمال بلوغ يركب ~~للكبار~~ من قمعتين من الكاوميلاس وقمحة من

بصل العنصل وربيع قمحة من مسحوق الديجتال وكية كافية من شراب مناسب وتنوع المقادير بحسب السن ويستعمل في اليوم مرة او مرتين ويوضع مع ذلك ايضا على الجانب مراقبة تحفظ حتى يتم الشفاء ومدح بعض اطباء الدلك الزينقي واستعمال ملح البارود بكمية وافية وخللات البوناسة ولا بناس بتجربة ذلك مع الاحتراس ولتكن الحمية في العلاج فاسية في الدور الاول اى دور الحمية ثم تحفظ بعد زوالها وفي مدة الامتناس وربما اضطر لعملية البزل بالشرط المعروفة في الجراحة

وعلاج البلور اوى المزمع يقوم من التدبير الغذائى ومن المصرفات الجلدية والمدرات والمسهلات التى يقال لها منغيرة واذا خيف الاختناق فعل البزل والتدبير للغذاء يكون على حسب قوة الهضم ولتكن السكنى فى مكان جاف والملايس على الرأس والقدمين من الصوف ويدلك الجسم بمروحات منبهة ولا سيما صبغة العنصل والديجتال وكذا الرياضة المناسبة وذكروا من مجلة الوسائط الخزام بدل الحرقاة غير انه قد يرفض بسبب الالم الذى يسببه وانما الحرقاة هى المصرف الجلدى الذى يستعمل غالباً ويصح ان تجدد فى كل خمسة عشر يوماً وتنقل على جميع سطح الصدر واما المدرات والمسهلات فمن الوسائط المتوسطة القوة لا امتصاص فى كثير من احوال المزمع واستعمل كروفلير هنا البلوغ السابقة فى الحاد وكثيرا ما امر بالمزوج الا ترى المركب للبكار البالفين من درهم او درهمين من صبغة الصبر وعشرين نقطة من صبغة العنصل وعشرين نقطة من صبغة الديجتال وينوع مقدارها للاطفال على حسب سنهم ويستعمل على الرينق فى الصباح فى كل يومين او ثلاثة فقد نجح استعمال ذلك مع مرضى كانوا مهتمين للاختناق وحزم هذا الطبيب بفعل عملية البزل لهم فلما استعمل لهم هذا المركب تخرض الامتناس فيهم واغناهم عن مكابدة العملية فان احتياج الامر لفعل العملية فعلت كما قلنا نهاية ما نقول هنا اختار كروفلير تبعا لـ بويتن البزل بالبالزة وان يستفرغ السائل كله خلافا لـ بويتن القائل باستفراغ بعضه نعم لا بد من دخول الهواء فى محله لكن متى استخرجت

البازلة لم يمكن دخوله والمقدار القليل الذي دخل منه وقت العملية يمتص حالا
واما الزروقات المرخية او نفوها مما اوصى به كثير من الاطباء فلا بأس بها
وذلك ان بعضهم اعتبرها منظفة وبعضهم مهيجة لتنبه الالتصاق واستعمل
ريكمير الزروقات بقصد التحرر عن دخول الهواء في تجويف البلور الحفظها
هذا التجويف في حالة امتلاء دائم قال كروفليير وخطر دخول الهواء في بلور
ملتهبة التهابا حرا مناسبا يظهر لي انه ليس كبير شئ كما قالوا

الفصل الرابع

في اوزيميا الرئتين

لما كان هذا الداء كثيرا ما يعرض بعد التهاب الرئوى او البلور اوى اخرناه
عنهما وحقيقته انه ترشح مصل في المنسوج الخلوى للرئتين وقسم الى قسمين
رئيسيين على حسب كونه ناشئا من افراط افراز المصل في خلايا المنسوج الخلوى
لرئتين او من مانع منع امتصاص المصل الذى يندى على الدوام السطح الباطن
للخلايا المذكورة ثم ان هذا الداء يندران يكون موضعيا اوليا وانما الغالب
عروضه مع استسقاآت اخرى الذين معهم استعداد لذلك وكذلك عروضه بعد
التهاب الرئوى او البلور اوى المزمنين واحيانا يعرض في اواخر هذه الالتهابات
التي يصح ان يعتبر هذا من انتهائهما المحزنة قال بليار كثيرا ما وجدت الرئتين
اوزيمياوتين في حالة اوزيميا المنسوج الخلوى اى تيبسه فكائنا في حالة شبيهة
بما يوجد في بقية الاعضاء ثم قال وكثيرا ما وجدت كمية عظيمة من مصل في رئتي
اطفال لم يكن معهم في حياتهم شئ من الاعراض المخصوصة بجانب الصدر
فاذن يقرب للعقل ان هذه الاوزيميا تحصل احيانا وقت النزاع فتكون ظاهرة
رمية والغالب انها تكون حينئذ جرئية وتشغل كالا حثقان الدموى المصاحب
لها الجزء السفلى الخلقى من الرئتين وطن لاهنك ان تحلل التهاب الرئوى يكون
دائما معجوبا بدرجة من الاوزيميا واكدان الذين وجد فيهم اوزيميا الرئتين العامة
القوية الشدة كان موتهم بعد ان حصل لهم التهاب رئوى ثقيل بزمن يسير وان
التنفس الانتصابى الاختناقي الذى يعرض احيانا للاطفال بعد الحصبة

ليس

ليس ناشئا الا من اوديميا موضعية في الرئة (التنفس الانتصابي هو الذي لا يتأني
لصاحبه ان يتنفس الا اذا كان جالسا لا مستلقيا ولا مضطجعا) لكن قال بوليود
لا ادري على اى شئ اسس لاهنك هذا الزعم ولكن نقول كثيرا ما يوجد في فتح
الميتين بالالتهاب الرئوى احتقان الرئة بمصل ممزوج بدم

واما الصفات التشريحية لهذه الاوديميا على حسب ما ذكره لاهنك فانه اذا
كانت الاوديميا شاغلة لجميع الرئة وكان فيها بعض عتاقة يكون منسوج
الرئة سنجيا سامنتقعا ومصفرا من عفر امتنقعا وليس فيها شئ من لونها الطبيعي
اعنى الوردى الخفيف وتكون اوعيتها اكثر اتساعا من العادة ومنسوج الرئة
اكنف واقل استرخاء ومرونة ومن الصفات التشريحية ايضا انها تحفظ
انطباع الاصبع كما اذا كانت الاوديميا في الاطراف مثلا ولكن بدرجة خفيفة
فاذا شق المنسوج الرئوى وضغط بين الاصابع سال منه مصل كثير كما يسيل
الماء من الاسفنج المبتل وذلك المصل عديم اللون اوفيه قليل ترعفرا واصفرار
ويكون شفافا ورغويا اما المصل الذى يخرج بالضغط من الرئة في الالتهاب
الرئوى الذى في الدرجة الاولى فيكون شديدا لدموية ويكون في المنسوج
احمرار لا يوجد في الاوديميا قال لاهنك وليس بنادر ان يشاهد اثر التهاب
رئوى من الدرجة الاولى بل والثانية حول هذه المحال الاوديمياوية

والعلامات المأخوذة من تعب التنفس المصحوب او الغير المصحوب بالسعال
بهمة ومثل ذلك ايضا النفث اذا كان موجودا فانه يكون في الغالب مصليا
قليل الرغوية اذا كانت الاوديميا بسيطة مع انه يكون كذلك ايضا في النزلة
التي سماها بعض المؤلفين بالخصامية نعم القرع في هذا النوع من النزلة يسمع منه
صوت اعتيادي واما في اوديميا الرئة فيكون الصوت اقل خفاء على حسب
درجة الداء واما الاسماع فيؤخذ منه واسطتان لمعرفة الاوديميا في الرئة وذلك
لان التنفس الحوصلى يكون اضعف من الحالة الاعتيادية وان كان هناك
تعدد الصدر عنيقا ويكون كما في الالتهاب الرئوى الذى في الدرجة الاولى مصحوبا
بخرخرة فرعية مع ان هذه الخرخرة كما قال لاهنك اقل يسمان خرخرة الالتهاب

الرئوى الذى فى الدرجة الاولى والفقايع مع ذلك اكثر رطوبة واكبر حجما وقد يتعسر كما قال لاهنك تميز هذين الداءين عن بعضهما بالسماع ويضطر للنظر فى الاعراض العامة فان كانت الاوذىما عظيمة السعة والشدة نقصت رنانية الصدر قصا عظيما ويظهر فى تلك الحالة قليل من الصوت الشعبى خصوصا فى اصل الرئة ولكن طول دوام الخرخرة القرعية وقعد العلامات العامة للالتهاب يتميز بها غالبا او ذىما الرئة عن الالتهاب الرئوى الذى فى الدرجة الاولى حتى فى الاحوال التى اجتمع فيها هذان الداءان معا وبالجملة هذا الداء مهمما كان سببه يحصل منه عوارض ثقيلة وقد شرح غرديان اعراضه مع غاية الانتباه ونخص منها بالذكر كما قال بليسا السعال والعسر الرائد للتنفس والاختناق القريب الحصول فان الاطفال الذين شاهدتهم ورأيت معهم الاعراض التى ذكر غرديان انها نتيجة الاوذىما وجدت فيهم مرارا كثيرة الرئتين مرشحة بالمصل وليسكن كان ذلك مصاحبا معهم لالتهاب رئوى او بلوراوى او شعبي بحيث لم يتيسر لى ان انسب لوجود المصل وحده هذه العوارض المذكورة وعلى كل حال اذا امكن فى الاطفال الصغار تمييز او ذىما الرئتين عن الالتهاب الرئوى والبلوراوى يكون الغالب على الظن ان وضع حراقة على الاطراف او الصدر اتفع من الاستفرغات الدموية ولا بأس باستعمال ما اوصوا به ايضا من بعض مسهلات ومن السكنجيين العنصلى بكمية نصف اوقية فى اربع اواق من اى حامل كان

الفصل الخامس

فى السعال الكلبى

يسمى ايضا بالسعال الشعبى وهو صنف من الزلة الرئوية يعرف بنوب من السعال الشديد متقطعة باخذ نفس شديد الرنانة ومنتهية بتقايى مادة زلالية

الاسباب ملخص ما ذكره دوجيس فى بعض كتبه ان هذا الداء وان اصاب به البالغون احيانا الا ان اصابته للاطفال اكثر فيصح اعتباره من خصوصياتهم

ومع

ومع ذلك حصوله مدة الرضاع اندر من حصوله في آخر التسنين الاول والتسنيين الثاني والغالب كونه وبائيا ويتسلطن بالاكثرتسلطنا شديدا في الفصول الباردة الرطبة وقد يكون وفديا يحصل حينئذ عقب نزلة رئوية عارضة وانتقال هذا الداء بالعدوى ليس اكيدا الا اذا كان شديدا وبائيا كما تحقق ذلك بالمشاهدات اذ كثيرا ما اتفق انتقاله من طفل الى بقية اطفال العائلة بل ولن هو بعيد عنه متى اجتمع معه في محل واحد بعض مرات وشوهد ايضا اصابته خمسة اطفال بل ستة جاء اليهم من طفل كان اصاب به قبل ذلك بزمن ما ثم هو ككثير من الامراض المعدية لا يصيب الشخص الواحد مرتين الا نادرا ثم قد يصيب احيانا الشخص مرتين في سنين مختلفين كسن الطفولية وسن الرجولية انتهى وقد ثبت الآن عدواه من مشاهدات كثيرة بحيث صار غير مشكوك فيه فاعظم المؤلفين الآن على اعتماده وان مشى بليار على خلافه واما السبب الاصلى له فتعسر معرفته كاسباب بقية الامراض الوبائية قال بليار والغالب تسلطه زمن تسلطن النزلات البسيطة فيقوم مقامها او يصاحبها او ينوعها وقد شوهد عروضة قبل وباء الداء المسمى **كروب** او أن هذا الداء يظهر في اثناء وبائه بحيث يظهر ان الاسباب التي تسبب في العادة النزلة البسيطة والكروب والسعال الكلبى لهما ارتباط ببعضها ومشابهات خفيت عنا صفاتها وانما المشاهدتنا نتائجها المتصاحبة او المتعاقبة فقد شاهدت مع مرضعة ثلاثة اطفال عمرهم من عشرة اشهر الى ثمانية عشر اصابوا في مدة ثلاثة اشهر بالحصبة مع ذبحة خفيفة ثم نزلة شعبية بسيطة اكتسبت حالا الصفات الواضحة لهذا السعال الكلبى ثم انتهى الحال بالداء المسمى كروب فاصاب الاطفال الثلاثة واهلكتهم في ثمانية ايام

السير والانتها **ذكر جرسان** ان لهذا الداء ثلاثة ادوار الاول دور الظهور الذي سمي تسمية غير مناسبة بالنزلى لان جميع الادوار تنسب كلها لآفة نزلية والثاني دور التزايد وسماه بعضهم بالتشنجى والثالث دور الانحطاط واما دو جيس فقسمه الى دورين نزلى ويشمى وهو الاحسن بالالتهابى وتشنجى

فالاول اى النزلى وهو اقصرهما كثيرا ما يشبه الاستهواء الاعتيادى المسمى
 روم ثم تارة يسبقه او يصعبه بعض هبوط وثقل وقليل حى ويكون السعال
 يابسا متواترا كثيرا او قليلا ثم يكتسب شيئا فشيئا الشكل الذى سنذكره للدور
 الثانى حيث يسرع حالالا لانه قال اليه وتارة يتبدأ باشد من ذلك فالحمى تظهر
 فى اول لحظة وتأخذ فى التزايد تدريجيا والسعال يكون موجعا قويا
 متواترا والتنفس قصيرا متعبا ويوجد احيا ناالم تحت القص او فى القسم المقدم
 للعنق ويصاب الغشاء النخاعى بركام شديد ويظهر رعاف جملة مرات ويكون
 الضعف عظيما وفقد الشهية تاما وكثيرا ما يوجد سبات وقد تنقل هذه
 الاعراض حتى توصل للموت قبل مجيئ الدور الثانى وكثيرا ما تسكن الحمى
 بعددوامها ثمانية ايام الى عشرة ولا تظهر الا فى المساء بل احيا نا فى كل
 يومين مرة فقط واما عسر التنفس والسعال فانهما اذا داما مثلها حصل
 فيهما تقطعات

والدور الثانى هو الذى يسمى بالتشنجى والغالب كونه اطول من السابق
 واذ اترك الداء حيث نذ ونفسه كان من النادر قصه عن شهر او ستة اسابيع
 والغالب دوامه جملة اشهر وفى هذا الدور يرجع السعال وحده نوبا فيتكرر
 اولا كل ساعة ثم يتناقص تدريجيا حتى لا يأتى الامرء او مرتين او ثلاثا فى كل
 اربع وعشرين ساعة وقت المساء اذا وصل الداء الى نهايته وقد تطول تلك
 النوب احيا نا الى اربع ساعات لكن تكون الذوبة مركبة من نوب صغيرة
 والطفل فى فترات تلك النوب يكون فرحاسرورامستبشرا ليس معه ضعف
 ولا هبوط ولا حمى وكثيرا ما يطلب الاكل بعد تفريغ معدته بالقيء فاذا ظهرت
 الحمى وصار الطفل حزينا آخذا فى السقوط بسرعة كان ذلك فى الغالب
 علامة لوجود بعض مضاعفات ثقيلة كالتهاب معدى او معوى او رئوى
 او سل رئوى فالانحطاط التدريجى للقوى ونقص السمن يوصلان المريض
 احيا نا للسقوط تام مهلك واحيا نا اخر يكون كل من الضعف والهبوط
 ناشئا من استحالة السعال الكبى الى نزلة مزمنة يصح ان تعبرد وراثا لكالداء

كما فعل جرسان وقال ان مدته غير محدودة لانه قد يشاهد ابتداءه بعد ثلاثة اسابيع او اربعة من ابتداء الداء ويدوم ثمانية ايام او عشرة وقد يطول اشهرًا كثيرة وهو يتبدأ عند ما تكون النوب ابعد عن بعضها واطول مما في دور التزايد ويتبعها دائما القيء او القلس كما في النزلة وكذا في الاغذية ثم قال ونوب هذا الدور تضعف ببطي والغالب ان يبقى المريض جملة ايام بدون سعال لكن متى تعرض للبرد استيقظ السعال ورجع بالصفات التي كان عليها اولا انتهى وقد ادخل دو جيس معظم هذه العلامات في الدور الثاني كما علمت

التشخيص * النوب التي ذكرناها تظهر بالاكتر بقاء وقد يسبقها على سبيل الندرة نغمة في الصدر او في الخلق تنير في الصدر حركات غير منتظمة في الشهيق والزفير الغير التامين وتذلل هؤلاء الاطفال الصغار بالقلق عند مجيء النوبة فيعترهم ضجر يلزمهم بالجلوس والاستناد على السرير او على انسان يسكنهم ويحفظهم وتتابع فيهم اهتزازات السعال القصير اليابس الشديده بعد مدة كأن لم يكن بينها انقطاع بحيث يتعسر اخذ النفس وتشاهد حينئذ جميع علامات الاختناق القريب الحصول وقد وصل هذا الاختناق في بعض الاحوال النادرة الى الحصول بالفعل او الى حالة الاكلسيا او السكتة او الى انزفة مختلفة فالوجه يصير منتفخا بنفسجيا والعيون حمرة بارزة رطبة والاطراف اى الايدي والارجل متقبضة ومع ذلك يتم الشهيق اى اخذ النفس لكن مع مشقة شديدة وان كان رنانا ويعقب ذلك حال نوبة سعال اضطرابي يؤدى الى اندفاع مواد لزجة خيطية عديمة اللون يصحبها عادة اندفاع جواهر مخاطية او غذائية محبوبة في المعدة حتى لو لم يحصل التيء في الحقيقة لحصل بدله كما شوهد في احوال كثيرة حركات عنيفة للقيء تنتهى بها النوب وتعرض يقينا من تشنجات الحجاب الحاجز او من وجود هذا الخلط اللزج الدبق الذي لا يخرج من القم الخلفى الا ببطي ومثقة فيسبب فيه نغمة متعينة

والامراض التي يمكن اشتباهاها بالداء الذي نحن بصدددهى النزلة الربوية البسيطة والسل الدرني ولكن الداء الاول لا يختلف عنه الا قليلا بحيث يكاد

التمييزان يكون غير ممكن وذلك لان في بعض النزلات يظهر السعال نوبا
تختلف في الشدة والطول فالشهيق اللغطي يتبع دائما نوبة قوية والتي يكون
نتيجة اعتيادية لها ولا يستغرب هذا الاشتباه حيث ثبت ان السعال الكلي
ليس في الواقع الا صنفان من النزلة الرئوية ومن المهم ايضا تمييز الداء الذي نحن
بصدده عن السل الرئوي الذي يشبهه احيانا في الاطفال ويشبهه بالاكثر النزلة
المزمنة التي تأتي عقبه اذ من المعلوم ان نوب السعال في السل الدرني تتبعها التي
غير ان الغالب ان التنفس الرنان فيه نادر او معدوم بالكلي وان الضجر خفيف
والسعال الاهتزازي المتعزل يكون في السل اكثر منه في السعال الكلي
ومع ذلك يكفي لتمام التشخيص وجود الحمى الدقية والنحول الزائد والعلامات
المأخوذة من الاسماع (اعني التكلم الصدرى)

وانذار السعال الكلي يكون اقل كلما كان التضاعف اخطر والطفل اصغر فقد
ذكر جرسان ان هذا الداء في الاطفال الرضع يضاعفه غالبا احتقان مخي
ففيظهر فيهم ذلك لم يلبث هذا التضاعف قليلا حتى يهلك المريض ولا يخفى
عليك الخطر الذي يحصل من بقية مصاحبات هذا الداء كالرئوى والبلوروى
ولين الدرن والاستسقاء الصدرى وغير ذلك من المضاعفات والذي يصيب
الاطفال الصغار جدا اخطر من الذي يصيب الاطفال المتقدمين في السن وهو
دائما مهلك لهؤلاء الصغار اذا عرض لهم تشنجات او التهاب في المنسوج الرئوى
حتى ولو كان الرئوى جزئيا وقليل السعة ومما يعلن بالموت القريب النحول
التدريجى والحمى المستدامة والنوب القوية المتكررة التى يبقى التنفس فى قتراتها
سريعا او متعبا

العلاج * العلاج الحافظ من الداء يقوم من التحرس عن التغيرات الجوية
ومنع اجتماع الاطفال السليمة من هذا الداء بالمصاين به وينبغي لاجل اتقان
الوسائل الشفائية ان تعرف طبيعة الداء ومجسسه ليوخذ من ذلك اصح الوسائل
المعروفة الا ان يقال هل طبيعة الداء دائما التهابية ام لا وما الجزء من الطرق
الهوائية المصاب بالاكثر فهاتان المسئلتان هما اللتان نشتغل بهما الان

على سبيل الاختصار فنقول

اولا ان الصفة الاتهابية للداء يعظمرانها بقيلية غير مشكولة في الدور الاول
اما في الدور الثاني فهي اقل وضوحا وتسلطن عليها حالة تشنج تصيرها اقبل
للسكن فيها مع انه بالنظر لتناجج التشريح المرضي الذي فعل في الجثث مع غاية
الضبط وجد احرار واضمح بل وتقرحات في باطن القصبة والشعب ونائسان
الاتهاب التي تركها الاتهاب ربما نفعت هنا في تحرير مجلس الداء وانه في الطرق
الهوائية لاني العضلات التنفسية ولا في الاعصاب الرئوية كما قيل بذلك وبغيره
كاغشية المخ والكبد والمعدة والامعاء والخجيرة او الرئة ولو كان التشريح
المرضي يمنع جميع ذلك وهل الذي اتيج التوب تشنج وانسداد مخانكي وهل
مجلس هذين في القصبة والخجيرة او في فروع الشعب قال دوجيس والظاهر
انه لا يوجد في هذه الفروع الاحالة نزلية وان تكون المادة المخاطية اللزجة
على الدوام في هذه الفروع يحصل منه فيها كمية كافية لان تصل الى الجذوع
الشعبية والقصبة التي صارت قوية الحساسية بسبب التهابها وتلك علامات
مقدمة للنوبة وان هذه الحساسية تسبب بطريق الاشتراك اهتزازات السعال
وانسداد الخجيرة وان هذا الانسداد هو السبب الوحيد الذي صير التنفس رنانا
وغير تام وعسرا وان ذلك هو الذي منع سماع لفظ التنفس حينئذ في الخلايا
الرئوية كما قال لاهنك وجوسان ولن هذا الانسداد كالسعال ايضا لا يتقطع
الا اذا خرجت المواد المخاطية الخيطية بعد انفصالها من الطرق الهوائية التي
تكونت هي فيها فاذا تأملنا في الظاهرات التي تحصل حينما يمر من القصبة
كمية من السائل كافية لوصولها الى الشعب الغليظة وان كانت تلك الكمية
ضعيفة عن ان تسد جزأ من خمسين جزأ من الخلايا الرئوية وتذكرنا السعال
التشنجي والشهيق الرنان اى اخذ النفس والتعسر الذي يشاهد حينئذ لكان
ذلك حاملا لنا على اختيار البيان التعليمي المذكور وذلك البيان غير مخالف
للعمل فانه يعلم منه ان اصل الداء هو الحالة النزلية وان هذه هي التي يلزم علاجها
ولذلك اذا معنا النظر في الوسائط التجريبية التي ذكروها لعلاج السعال الكلي

نجدان معالجته لا تختلف الا في يسير عن معالجة النزلة الحقيقية الرئوية سواء
الحادة او المزمنة وان مضادات التشنج القوية الفعل ليس لها فعل ان كان
الاتحقيق شدة النوب وليس لها فعل على الآفة النزلية فيصح ان يكون
لمضادات التشنج الحقيقية قوة كالمسك ونحوه في هذا الداء احيانا فاذا امكن
سقي الطفل مدة النوبة جرعة منها اختصر بذلك اختصارا محسوسا ثباتها
ومدتها كما قال لاهنك غير ان ذلك لا يشفي الداء من اصله
العلاج في الدور الاول * بالغ بعض المؤلفين في قبح الافصاد العامة في ابتداء
الداء ونحن لا نقول بذلك وانما نقول ان وضع العلق على الصدر يظهر انه يقلل
شدة الداء فيخفف سعيه تخفيفا عظيما بل ربما منع انتقاله من النزلة الحادة
الى السعال الكلي الحقيقي وانما تنفع بالاكثر تلك الافصاد اذا كانت الاعراض
الالتهابية المنسوبة للحمى شديدة بل ربما اضطر لتكرارها مرات كثيرة اذا اريد
التحرز من الانتهاء المخزن المسبب عن الحالة الوبائية في هذا الزمن اما في عكس
ذلك بان كانت الحمى قليلة او معدومة بالكلية والسهية معدومة واللسان وسخا
والقيء قليلا لا زلاليا فيجوز ان لا تستعمل الافصاد حتى الموضعية وما يقع
في هذه الحالة المقيتات وربما كان من النافع ايضا وضع علقه او علقتين بين
اندغام العضلتين القصصيتين الحليتين في القص ولا سيما في الاطفال الصغار الذين
يحصل لهم سريريا من النهج الشعبي احتقانات رئوية او مخيمية لكن قال بليار
لا اظن ان من العقل ان يؤمر مع العلق بالمقيتات بقصد تخليص المعدة من المواد
المخاطية التي فيها فاذا امر بالقرمز وبصل العنصل كان ذلك صدريا نقشيا
لامقيا فصف قمحة من القرمز في لعوق قدره اوقيتان لطفل عمره من ثمانية
اشهر الى سنة تكفي لتحريض نفث كثير ولا تنس ما تقدم لنا من ان الصغار جدا
لا ينتقون ثم لا ينبغي عليك ان التدبير الغذائي والادوية الباطنة يلزم ان تكون
موافقة للصفة الالتهابية التي في هذا الدور وما يؤمر به حقيقا الجوهر اللعابية
والصمغيات والمستحلبات واللبن ومصله وربما ناسب ايضا الحقن المرخية
او المسهلات اللطيفة مع ما علمت من ان الحمية سواء القاسية او المتوسطة على

حسب شدة العوارض لازمة ايضا

علاج الدور الثاني * لاتعال المشافع الجيدة من وضع المبهات القوية الفعل
الافى هذا الدور وربما حصل تخفيف واضح من وضع حراقة على القص او على
جانبى الصدر ويقرب للعقل ان مرهم أو تنرييت المركب من ثلاثة دراهم من
الشحم الحلو ودرهم من الطرطير المقيى لا يؤمر به الا فى هذه الحالة فتدلك الخلطة
او الصدوبه لـكن ينبغى الاحتراس من ان يدلك بجملة مرات على الازرار التى
ظهرت وان قال بذلك أو تنرييت لانه قد يعرض حينئذ تقرحات تسبب الحمى
وتجبا وزد درجة الالتهاب المراد انالته واستعمل دويس مرهما مر كبا من
نصف درهم من الطرطير المقيى وخمس عشرة نقطة من دهن الخزاما او اللجون
واوقية من المرهم البسيط كذا قال بليار وينال تحويل لطيف من حمامات
البخار ويقرب للعقل ان ذلك باعما تماعلى التنفيس الجلدى ويصح ان تعال تنائج
جيدة ايضا من المروحات الزيتية او الدهنية

واما الادوية الباطنة اى التى تستعمل من الباطن فمن اقواها المقويات
والمخدرات وبما كفى لزوال الداء من اصله فى بعض الاحوال الخفيفة استعمال
الخشخاش البرى او منقوع ازهار هذا النبات وانفق لدوجين انه شاهد
من استعمال هذه الجواهر فعلا مهيجا كان ناشئا يقيناً من تأثير حرارة الاقليم
فى هذا النبات قال وانفق اى اوقفت سير الداء باستعمال مستحضر امر به دائماً
مع منفعة عظيمة فى الزلات المزمنة وهو مخلوط من شراب الكينا وشراب
الخشخاش المدود بالماء ويستعمل ذلك بمقدار من نصف اوقية الى اوقية بل اكثر
فى الاربع والعشرين ساعة فهذا هو ما استفيد من التجربة ومنه شاهدت ايضا
ان الدور الثانى متى حصل لزم له ان يجتاز جملة اسابيع بل شهر اقبل امكان
زواله زوالا يقينيا ولا تظهر فاعلية الجواهر الخاصة الا بعد هذه المدة انتهى

ولا تظن ان الطبيعة هى التى تقوم وحدها بوسائط الشفاء بعد تلك المدد من
الزمن لان التجربة تثبت كل يوم عكس ذلك وهامى على سبيل الاختصار
طرق العلاج التى امر بها مهرة الاطباء لاجل اختصار مدة الداء بل ازالته

من اصله اذا كان قليل الاستعصاء فقد وجد النجاح في استعمال البلادونا
 مسحوق او خلاصتها بكمية من $\frac{1}{8}$ قمعة الى $\frac{1}{4}$ في الصباح والمساء
 وحصل نجاح اكيد ايضا من خلاصة الزجس لكن على سبيل الندرة
 ومثل ذلك ايضا البنج وامر جرسان بمخلوط اجزاء متساوية من اوكسيد الخارصني
 والبلادونا والقوينون مسحوقا وجواهر فتعطى اولا بكمية $\frac{1}{4}$ قمعة ثلاث
 مرات في اليوم ثم تزداد الكمية تدريجيا ويبدأ للاطفال الصغار بربع قمعة
 واستعمل جرسان ايضا اوكسيد الخارصني وحده بمقدار قمعة في كل ساعة
 لطفل عمره ستة اسابيع بعد ان لم تنفع فيه الوسائط لا يقاوم نوب السعال
 والطبيب جولي اجتني منفعة عظيمة من كبريتات الكين والبلادونا والافيون
 قال دوچيس وينبغي ان يكون هذا المستحضر اشد واقوى من المستحضر
 الذي مدحنا فاعلمته سابقا حسبما يؤخذ من تجرباتنا المخصوصة واما الكينا
 بدون مساعدتها فيظهر ان لانجاح لها حقيقة الا اذا وجد في الداء دورية
 حقيقية واما المستحضرات الاتيمونية والكبريتية والبلسمية كشرب
 بلسم طلو والعطرية كالزوفاء والعليق الارضي ونحو ذلك والثومية كالعنصل
 فمن الواضح انها قد توجد لها فاعلية هنا كما في الاوقات العتيقة النزلية لكن
 يظهر ان تأثيرها اقل فاعلى كثير من الاحوال من اتحاد المقويات بالمخدرات
 وهنالك ادوية اخرى تجريبية مدحها بعض المتأخرين مع ان المظاهر انها غير
 مستحقة للاعتبار في كثير من الاحوال فقد مدح بيارسون كربونات الصود
 لكن ضم له الافيون والمزوبعضهم مدح صبغة الديجيتال الفرفيري وكذا صبغة
 الذرايع بكمية من ثلاث نقط الى ثمان في اليوم وكذا الحمض مر ياتيك ومدحوا
 ايضا جله جواهر اخر زعموا كونها خصوصية ولكن الاولى لنا ايضا في الحال
 حتى ياتي دليل جديد يبين نفعها او خطرها قال اولفير فاذا لم تنفع جميع الوسائط
 لمعقولة لم يكن هنالك واسطة قوية الفعل لتغيير الهواء فاني متحقق
 ان الاطفال اذا غيروا محلهم من ابتداء الداء تناقصت العوارض اذا لم تذهب
 في الايام الاول وليس بل لازم ان يكون هذا الانتقال من المدينة الى الارياف

وانما

وانما يكفى تغيير الخطة فيشاهد حالاً فجأة جود حال عظيمة بل احيانا ذهاب
نوب السعال بالكلية ولما كانت عدوى هذا الداء متحققة كان المظنون ان الهواء
الذى تعيش فيه المرضى فاسد فكان تغييره هو السبب لحصول تأثير جيد
فى سير الداء ومدته فبالنظر لهذا رأى اوصوا بنقل الصغار كثيرا الى مرآت
كثيرة من محل الى آخر وان تجدد ملابسهم ولا تعطى لهم ملابسهم الاولى
الابعدان تعرض لبخار الكلوروروروقد وضع روث كلور فى القاعات التى فيها
المرضى فحصل من ذلك شفاء سريع ففى بعض الاحوال يكفى ان تغير المرضى
كل يوم فاعاتهم وملابسهم بدون ان يخرجوا من المدينة فبذلك تنال النتيجة
المطلوبة انتهى واما التدبير الذى يلزم اتباعه فى هذا الدور الالى فيلزم ان يكون
الغذاء اكثر جوهرية مما يستعمل فى الدور الاول والى تكون الاكلات
خفيفة قليلة لا كثيرة اذا اضطرر الى ان الثوب تكون اشد كلما كانت المعدة اكثر
تحمل للطعام ولتكن فى الابتداء نباتية غالباً بل ربما كانت من خالص النبات
فقط او تبدل باللبن اذا كان هناك حمى ونحوها فاذا طالت مدة المرض لزم
ان تكون الاغذية مقوية واكثر حيوانية ولكن ينبغي فى جميع الاحوال هجر
الافوايات والمشروبات الروحية بالكلية وتكون الملابس من القلائل اذا كان
الداء مستعصيا وسبباً اذا كان هناك اعداد كثيرة للترلة الرئوية فى حالة الحدة
او جزم بحصول الترلة المزمنة

الباب التاسع فى امراض الجهاز الدورى

قبل ان نتكلم على امراضه نتكلم على كيفية نموه وعيوب تكونه فلذا كان هذا
الباب مشتملاً على فصول

الفصل الاول

فى نمو هذه الاعضاء وعيوب التكون فيها

القلب لا يتبدأ ظهوره الا بعد ان تكون قبله بعض اوعية غليظة فالوريد الباب
يوجد غالباً قبله ولا يظهر القلب فى الابتداء الا منتفخاً من هذا الوريد ثم فيما بعد

يتقوس هذا الانتفاخ على هيئة نصف دائرة فيكون فيه ثلاث متسعات ومضيقتان فالمتسعان هي الاذنين الايسر والبطين الايسر ومبتدأ الاورطى فتأخذ في الزوال شيئاً بشياً بتقارب تجاويها لبعضها فهذه هي المظاهر الاولى للقلب والعروق التي شاهدها في الدجاج هالير وشاهدها في قلب الجنين الانساني غيره وكلما اخذ القلب في الظهور اخذت الاجزاء المركبة له في اتقان الشكل والابعاد اى الاقطار التي يلزم ان تأخذها طبيعة ولذلك شاهد سبتير وغيره الحماجر القاصلة للاذنين اخذ في التكون شيئاً حتى ترل زمن الولادة فتحة اتصال يمر فيها الدم من التجاويف اليئى الى التجاويف اليسرى ويظهر ان الحماجر القاسم للبطينين متكون من شبه زائدة تذهب من قاعدة البطين الايسر حتى تصل الى قته وللطبيب مكمل مشاهدات مهمة في الاقطار المخصوصة بكل واحد من تجاويف القلب مدة تكونها فاولا ان البطين الايسر يكون اكبر حجماً من الايمن ثم فيما بعد يصير مساوياً له وفيما بعد ذلك ايضا يصير الايمن اوسع واعظم من الايسر والاذنين تكونان اكبر حجماً من البطينين كلما كان الجنين اصغر وفي زمن الولادة يكون الامر بالعكس والاورطى توجد وحدها الى الاسبوع السابع لكن بعد ذلك تنقسم الى جزئين احدهما هو الشريان الرئوى الذى توجد فيه في الشهر الرابع او الخامس وفروعه التي تذهب للرئتين ولا تكون اكبر حجماً من القناة الشريانية ثم تظهر بعد ذلك على التعاقب بقية اجزاء الجهاز الدورى وتكسب اقطارها واقسامها ومجاوراتها المخصوصة بها طول الحياة وقد يحصل في مدة اجتياز القلب هذه الادوار المذكورة عائق في النمو ينسب عنه في زمن الولادة او بعدها بزمن طويل عوارض ثقيلة ولا حاجة لان نطيل الكلام بذكر جميع عيوب التكون التي قد تعتري القلب لانها كثيرة العدد جدا مع ان معظمها انما يظهر كلما تقدم الطفل في السن وانما هي دوام استعداد مخصوص في القلب عند المولودين بحيث لا يحصل منها عرض مأمدة الطفولية الاولى ولا تظهر الاعراض الخارجة الدالة على وجودها الا في زمن متقدم من الحياة فلا تقوم منها

امراض في الطفولية اصلا ولنقص الكلام هنا على العيوب الرئيسية
لتكون القلب فنقول

لا يفقد القلب بالكلية الامع فقد المنحى عدم وجوده ومن النادر جدا مشاهدة
قلب وحيد اعنى خال يقينا عن نصفه بان لم يوجد الا بطين واحد واذن واحدة
ولئذ كرمثا لامن ذلك عظيم الاهتمام لكون ذلك التشوه في هذه المشاهد ذكر
مضموها بالاعراض التي وجدت في الطفل مدة الحياة وذكر هذا المثال في جرنال
العلوم الطبية بالاميرة عن الطبيب موران قال في ذكر المشاهد
قد دعيت في اليوم التاسع عشر من شهر مرمس سنة ١٨٢٧ عيسوية
للبحث في ولد وضعته لته وضعا طبيعيا فرأيت ان هذا الطفل وان كان صغير
البنية الا ان الظاهر كونه سليما من الاكفات فكان يتنفس جيدا لكن متى غير
وضعه لاجل غسله او الباسه ثيابه يحصل له تعسر عظيم في الصياح والتنفس
ويحمر لونه حمرة كالحمة ولا تسكن معه هذه العوارض الا بالسكر كون وادنى
اضطراب يثيرها ثم بعد عشرة ايام نودي لي لتوهم ان مع الطفل التهابا رئويا
فكان تنفسه مؤلما عسرا وكان معه بعض حمى وسعال خفيف وذكرت لي
مرضته ان هذه العوارض تأتبه نوبا وتنتهي معه دائما بشبه حركة تشنجية
في الصدر وكان تنفسه متقطعا وصياحه آتينا ودامت معه هذه الحالة بعض
اسباع ثم صار الطفل بعد هامتقع اللون كأن لونه يعلن بوجود عفونة صديدية
فيه فاذا اميل الطفل وهو في حجر مرضته حصل التنفس وزال التلون فعالجته
بحفظ البطن مطلوبا بالمسهلات اللطيفة وباعطائه مشروبا صديدا مضادا للتشنج
قليلا ولكن مع غاية احتراسي وتبعيدى عنه جميع ما يهيج الجهاز الدوري لم تزل
العوارض تجدد بفترات قريبة لبعضها حتى مات في نوبة من نوب الاختناق
ولما اريد فتح جثته بعد موته بخمس عشرة ساعة وجد معه ابتداء سقوط ونحول
ووجدت احشاؤه البطنية سليمة والرئتان منتعقتي اللون وهما بطنتين هبوطا
غربيا والقلب لم يكن مكمونا الامن جزئين احدهما اذين زائدة القوة
موضوعة على اليسار ومملوءة بالدم الاسود السائل وثانيهما بطين ولما حقت

القلب من طريق الاجوف الصاعد اندهشت من رؤية اتساع جرنى القلب بل والشرايين الاكليلية وفتح بطنه بقطع قائم متجه من قبة العضو الى اندغام الاورطى فشوهده انه لم يكن له يقينا الا اذين واحدة وبطين واحد متصل بفتحة واسعة يوجد في دائرتها اصمام تريكو سبيد اى ذو نقط ثلاث ولما شوهده البطين في محله وجد شكله مثلثا فاعده من مخنية قليلا الى اليسار وزاوية العليا تتولد منها الاورطى التى يوجد لها جميع تقاسيمها الاعتيادية والشريان الرئوى ناشئ من البطين بجذع مشترك بينه وبين الاورطى في الجهة اليسرى ولما ذهب الى الخلف خرجت منه فروع الاعتيادية وافتتحت القناة الشريانية في الاورطى النازلة ولكنها وجدت منسدة في اندغامها بالبطين حيث تكون فيها سد حقيقي غير نافذ والاذين فيها التصاق واسع بالجانب الايسر للبطين وفيها من الامام شبه معلقتين او زائدتين جدرانهما سميكة وقابلة للاتساع و جدار هذه الاذين كان اسهل من العادة وفيه عواميد لحمية كثيرة قوية

فمن الواضح ان الدم في هذا الطفل لا يمكن ان يتكسجن بكمية كبيرة حتى يحفظ الحياة قال موران ويظهر ان الخالق جهز الكيفية الاتية لتنوب عن فقد تجاوىف القلب وذلك ان الدم كان اذا وصل للبطين يندفع للاورطى كالعادة لكن بدل ان يصل الى الرئتين بواسطة الشريان الرئوى الذى كان منسدا اقرب القلب تحصل الدورة الصغيرة بواسطة حركة قهقرية في القناة الرئوية التى بقيت فتحته اقرب الاورطى ومنها يدخل في الفروع الرئوية ويرجع بعد ذلك نائيا للبطين الذى يخدم مخزنا عا لدم الرئتين ولدم الوريد الاجوف السفلى

واحيا تا لا يكون المفقود من القلب جزأ جانبا تاما وانما يوجد شق عميق بين البطينين احدهما اصغر من الاخر بحيث يظهر انه وقف نموه وزيادة عدد القلب عن واحد نادرة جدا على رأى مكيل فى الاحوال التى ليس فيها ازدواج جنينى ونمو الاذينين قد يعظم فى بعض الاطفال قال بليارد قد شاهدت فى بنت صغيرة ماتت بعد الولادة يبعث ايام زائدة دقيقة طولها قيراط تقريبا فى الاذين اليمنى وسقطت متوجهة فى التامور امام القلب وافراط حجم القلب يصح ان ينشأ من

عيب في التكون وضيق الفتحات الازينية البطينية والوعائية يشاهد بقله في زمن الولادة ولكن كلما تقدم الطفل في السن ولم تتسع اقطار الفتحة تقدم نمو القلب فنجم من ذلك حيث تذكد في وظائف الجهاز الدوري قليل او كثير فمن ذلك ينشأ ما سمى المؤلفون نسجية عامة بالازم اى عسر التنفس ويلزم ان نذكر من عيوب تكون القلب الاندغام الغير المنتظم لا وعيته الغليظة وانتقاله الى الجانب الايمن من التجويف الصدرى وذلك الزوجان اندر مما ينظر وقد اعرض الطبيب بارون من ذلك امثلة كثيرة لدوي ان الاطباء وقد يوجد ايضا انحرافات عضوية في الاعضاء الرئيسة للدورة فتشاهد في الاطفال المولودين بطول بنا الحمال لو ذكرناها هنا واغلب الزوجانات العضوية التى ذكرناها تكون اعراضها من الولادة هي عدم التديم اى تحويل الكيلوس الى دم والاختناق وعدم انتظام ضربات القلب والاحتقان النخى والرئوى وغالب الموت

وبعد الولادة حال يحصل في الجهاز الدوري تغيرات عظيمة الاهتمام في تركيبه ووظائفه وكثيرا ما ينسبون لهذه التغيرات عواض كثيرة خاصة بالاطفال المولودين ولكن لاجل ان يستخرج من التنوعات التى يقبلها الجهاز الدورى في ذلك الزمن اسباب كثير من الاعراض المرضية في المولودين يظهر ان الاولى معرفة سير تلك التغيرات العضوية والوظيفية ليعرف التأثير الذى تفعله في صحة الاطفال وليكن ذلك في الفصل الآتى على الاثر

الفصل الثانى

في حصول الدورة القائمة بذاتها

قال المؤلف قد شاهدت مع غاية الانتباه التغيرات التى تعرض في القلب والقناة الشريانية والقناة الوريدية والشرايين السرية في الايام الاولى من الحياة خارج الرحم ثم ذكر نتيجة مشاهداته ولنذكرها باختصار فاولا نذكر الزمن الذى تسد فيه الفتحات الجنينية وثانيا كيفية ذلك الانسداد ونذكر بالتسبع لذلك النتائج الفسيولوجية والمرضية التى تعجت من ذلك البحث وليكن ذلك في مجئين

المبحث الاول في انسداد القنات الجنينية

نتج من بحث بليسان ثقب بوتال والقناة الشريانية لايزالان منفتحين في اليوم الاول بعد الولادة غالبا وقد ينسدان فيه وكذا في اليوم الثاني واما الشرايين السرية قائمها لما صار اغبر نافعين حصل لهما في ذلك الزمن تنوع نشأ يقيناً من عدم فعلهما واما في الثالث فنقول ان الاوعية السرية فيه تنسد قبل ثقب بوتال والقناة الشريانية ويصح ان نقول ان هذين لا ينسدان في الثالث غالباً واما في الرابع والخامس فتكون القنات الجنينية في المعظم مفتوحة ولا توجد اعراض مخصوصة بمجلسها في الجهاز الدوري ويظهر انها في الثامن تكون في الغالب منسدة وقد تكون منفتحة واما ثقب بوتال والقناة الشريانية فقد يوجدان مفتوحين بعد الولادة باثني عشر يوماً بل خمسة عشر يوماً الى ثلاثة اسابيع بدون ان يحصل للطفل مدة الحياة اعراض مخصوصة وبالجملة نتج من المشاهدات ان القنات الجنينية لا تنسد بعد الولادة حالا وان زمن الانسداد يختلف كثيراً ولكن الغالب ان ثقب بوتال والقناة الشريانية ينسدان في الثامن الى العاشر وان التنوعات التي تتابع بانقطاع الحمية الجنينية في اعضاء دورة المولود تحصل على الانتظام الا في وهوان الشرايين السرية تنسد اولاً ثم الوريد السري ثم القناة الشريانية ثم ثقب بوتال ولا يعد من الامراض بقاء تلك القنات مفتوحة مدة ايام بعد الولادة اذ كثيراً ما يشاهد ذلك بدون ان يحصل منه عارض مخصوص وذلك الانحرام اى تعوق الانسداد ناشئ من كيفية حصوله وهو ما نشرحه في المبحث الآتي على الاثر

المبحث الثاني في كيفية انسداد القنات الجنينية ونتائجه

اذ بحث في الهيئات التي تتوارد على ثقب بوتال شيئاً من الاشهر الاول من العلوق الى الولادة شوهد ان شكل هذه الفوهة وهيئة الاجزاء المحيطة بها وسياجها اقاسنا كيوم يكونان بحيث ان الدم الذي كان يفيض اولاً بدون عائق

من ادين

من اذين الى اخري يكابد منهما تعسرات في سيره في هذا الطريق الذي كان يسلكه
 من مدة ما فاقول تنوع يعرض في بنية القلب يقهر الدم على ان ينوع ايضا
 سيره فينفاد هذا السائل الذي لا فعل له بالنظر لنفسه لتأثير المحرك الذي قد فقه
 ووجهه للقنوات التي يلزم ان يجتازها فاذا كان الامر كذلك لزم ان يعرض
 ايضا في الاجزاء الاخر التي التزم ان يتركها تنوعات تشريحية تغير شكلها
 وتنوع كيفية فعل هذه الاعضاء وتطبع في السائل الذي يجتاز فيها تغيرا
 في الاتجاه فاذا بحث في الشرايين السرية والقناة الشريانية شوهد انها كلما
 اخذت في الانسداد سمكت جدرانها وتكون تلك السمكة في الشرايين السرية
 عظيمة بالاكثر في محل اندغامها بالسرة فهناك يوجد فيها غالباً بعد الولادة شبه
 انتفاخ مغزلي يحصل مع نقص سعة الشريان ويظهر ان هذا الانتفاخ ناتج
 من نوع ضخامة في المنسوج اللبني الاصفر المرن ومن ذلك يوجد في الشريان
 هناك قوة انقباضية اقوى من عنف التمدد الذي يمكن ان يفعله عمود الدم
 المقذوف من الشرايين المحرقية ويسهل جدا تحقيق سمكة جدران الشريان
 بان يقطع قطعاً في محاذة المحل الذي ذكرته فيشاهد ان هذا السمك يأخذ
 في النقص كلما قرب الشريان لاندغامه في الشرايين المحرقية وذلك الجزء هو
 الذي يشاهد فيه تقدم انسداد بعد الولادة فاذن يوجد بعد الولادة سببان
 يقهران الدم على ان يترك السير للذي كان له وهو في الرحم احدهما حصول
 التنفس والدورة الرئوية وثانيهما تنوع التركيب الذي تكايد به الشرايين
 السرية

وهناك ظاهرة تدل ايضا على ان انقباض الاوعية السرية قابل لان يوقف
 سير الدم في سعتة وهي انه اذا قطع الحبل السري بعد الولادة بعيداً عن السرة
 من طفل ممتلئ بالدم يشاهد اولاً سيلان نافورة من الدم شديدة ثم تبطى
 ثم تنقطع بالكلية فاذا قطع جزء جديد من الحبل سالت نافورة اخرى جديدة
 ثم تنقف ويمكن تجديد هذا التزييف في كل قطع متتابع للحبل قال بليار وقد ذكر لي
 الطبيب دبوته انه اكد ذلك مرات كثيرة فوقوف الدم بهذه الكيفية انما هو

لكون شرايين الحبييل اتقبضت على هذا السائل وقهرته على ان يتقهقر
 واذا عرف ان هناك قرب السرة داخل البطن جزءاً من الشرايين السرية أكثر
 اقباضا لانه يتسلطن هناك اعظم مقدار من المنسوج اللينى المرن عرف ان سير
 الدم في الجنتين بصيراقل شدة اذا ابتداء فيه السكون الذى يعرض بعد الولادة
 فيقيسر لتلك الشرايين حيثئذ ان تمنع السائل الدموى الذى تدفعه ثانيا
 عن ان يقرب لسعتها فتقاوم حركته الغنيغة وكلما تقدم الطفل في السن زاد
 انسداد الشريان ويتبع ذلك انه لا يكونه صار معرضا للجذب الذى يفعله فيه
 الاتساع التدريجى لحدران البطن يفقد منه بالكلية شكله الوعائى فيتحول
 الى رباط حقيقى

وماعرض للشرايين السرية يعرض مثله للقناة الشريانية في الاجنة يوجد
 في تلك القناة استرخاء عظيم كالذى يوجد في غيرها من الشرايين فيسهل تمددها
 بعمود الدم الذى يملأ سعتها ويتقدم منها بدون عائق للأورطى اما عند الولادة
 وبعدها فان حدران هذه القناة تأخذ في السموكة شيئا فشيئا فتحصل فيها هيئة
 ضخامة مركزية تقلل سعتها بدون ان ينقص في الظاهر حجمها فينتج من ذلك
 ان الدم المطرود من هذه القناة يمر كله في الشرايين الرئوية فاذا حصلت فيها
 الضخامة والانسداد حصل فيها شبه ما يحصل في انبوبة الدخان المشروب
 من امتلاء باطنها بالادخا السميكة فلا يوجد في مركزها الا ثقب دقيق متوسط
 السعة هذا غاية ما يمكن ان يمثله تقريرا للعقل

وانسداد الوريد السرى والقناة الوريدية لا يحصل بهذه الكيفية لان هذه
 الاوعية لا يوجد في حدرانها سموكة عظيمة كما في السابحة ففي وقت قطع الحبييل
 السرى لا يكون الوريد السرى قادرا على قبول الدم في سعته ما عدا بعض
 قذفات يقذفها فيه الاجوف السفلى فحدرا نه حيثئذ تهبط على قسمها وتتقارب
 حتى تتلامس فتسد سعته كما يشاهد ذلك في جميع القنوات مهما كانت
 طبيعتها اذا انقطع منها نفوذ السائلات التى تجتاز فيها عادة ومع ذلك لا يزال
 الوريد السرى والقناة الوريدية حافظين زمنا طويلا لتجويفهما لانه يسهل

تقدمهما بأن يدخل فيهما ميل غليظ بخلاف الشرايين السرية والقناة
الشريانية ففي تلك الشرايين يصح ان نقول ان انسدادها عنق (نسبة للعنف)
فالدم التزم ان يتركها بسبب التنوعات الآلية التي عرضت في تركيب
جدرانها واما الانسداد في الوريد السري والقناة الوريدية فيصح ان نقول فيه
انه ضعفي اعني انه تابع لغيبوبة الدم فهو نتيجة لتقهقر اندفاع السائل الدموي
لاسبب له وذلك الفرق ناشئ يقينا من اختلاف التركيب بين المجموع الشرياني
والمجموع الوريدي فاذا عرف ان من اللازم مكابدة ثقب بوتال والقناة الشريانية
تغيرات آلية تؤدي الى انسدادها سهلا ان يدرك ان الطبيعة التي كثيرا ما تصدر
منها امور غريبة قد تصدر عنها تلك التنوعات تارة قبل اوانها وتارة بعدها وانها
ومن ذلك يعلم سبب انسداد القوهاد الجنينية اعني ثقب بوتال والقناة
الشريانية في الايام الاول من الولادة عند بعض الاطفال وبقاؤها متفحمة عند
بعض آخر لمن يختلف بعده عن زمن الولادة ومن ذلك ايضا يعلم الاحتياج
في الغالب لطول الزمن حتى يكون هذا الانسداد تاما وبمثل ذلك يوضح ايضا
عدم انتظام الزمن اللازم لكمال الدورة الدموية المطلقة بدون ان يحتاج لان
يجعل بعض امراض القلب او الرئتين سببا او نتيجة لذلك وينبغي ان يستنتج
من كمال هذه الظواهر التحولية تكسجين غير تام للدم لان جميع السائل
الذي يقذفه القلب بعيدا في الاجزاء المختلفة من الجسم لم يمر في الرئتين قبل ذلك
ولم يلامس الدم الذي باشره نفس الطفل ولكن بعد ذلك هل من اللازم
ان يتكسجن دم الطفل المولود كلذي يدور في شرايين رجل كبير او ان المناسب
غير ذلك وهو ان الاصول الرسمية لاعضاء المولود لا يناسب ان تقبل دما قوى
الفاعلية وان مواد التغذية لا تتحمل دفعة واحدة اصولا منهية يقلب تأثيرها
على اعضاء الطفل بالضرر يقينا بل ربما ضرت الحصول التدريج لحياة المطلقة
قال بليار اظن ذلك ولا ادري لاي شيء ترفض تلك الآراء مع انها تستنتج من
البحت التشرجي لاعضاء دورة المولود وبما يقوى ذلك هو ان الرئتين تصيران
معروضتين لاحتمانات منمنة اذا قذفت فيها الشرايين الرئوية دفعة واحدة

جميع الدم الفائض في القلب وحيث يسر للقناة الشريانية ان يدخل في سعتها
سائل ~~كثير~~ كانت كأنها مساعدة لعضو التنفس الذي لا يسمح احتقانه للهواء
بالوصول لخلاياه بإطلاق بحيث ان حصول الحياة المطلقة يعان بدوام
الهياكل العضوية المنسوبة للحياة الخفية فاذن جميع ذلك يرتبط بالخبية
التركيبية وهشة الاعضاء وممارسة وظائفها وكل ذلك ايضا يتتابع بانتظام
وتقلبات حتى لا يعرض لها اذى في تغير فجائي غير معهود يقطعها ويحرم مواقتها
مع ظاهرات الحياة فاذا بقيت هذه القووات حتى جاوزت الزمن الذي ذكرناه لها
جازان ينتج من ذلك الامراض التي سنشرحها في الفصل الآتي

الفصل الثالث

في امراض القلب والاعوية الغليظة

يشتمل هذا الفصل على ثلاثة مباحث

المبحث الاول

في آفات هذه الاعضاء

قال بليازا امراض القلب في الاطفال كما في البالغين تقوم في الغالب من آفات
عضوية توجد في زمن الولادة غير ان تسايحها لاتظهر الا في سن متأخر
بعدها ولذا كان شرح امراض القلب غير منسوب لباتولوجيا الاطفال فقط
وانما هو فيهم كغيرهم من البالغين وبموجب ذلك لزم قصر الكلام باختصار
على ذكر آفات مركز الدورة حيث توجد الباقي الاطفال الصغار وليكن الكلام
في اربعة مطالب

المطلب الاول

في السيانوزاى الداء الازرق

دوام انفتاح الفتحة التي بين الاذنين والقناة الشريانية لا ينتج كما شاهدنا عوارض
مخصوصة في الايام الاول من الحياة بشرط ان لا يعارض ذلك كمال التكسجين
للدوم فانه اذا وجد مع ذلك الانفتاح امتلاء دموى عظيم ~~كان~~ اجتماع هذا
العيب مع زيادة عسر التنفس او عدم امكان حصوله مانعا لحصول ذلك

التكسجين فيفتح من ذلك احيانا الازرق المسمى سيانوز
وهذا الداء الذي سماه الطبيب مارك سيانوباثيا يصح ان يشاهد في كل سن فليس
في الحقيقة نتيجة دائمة لبقاء ثقب بوتال منفتحا ولا لمرور الدم الوريدي
في المجموع الشرياني فان عندنا امثلة كثيرة من عيوب التـكـسـجـون في الجهاز
الدوري يمكن ان تنتج هذه الظاهرة ومع ذلك لم تحصل لكن يقرب للعقل جدا
ان هذا التلون المزرق للجلد ينشأ من خلط هذين الدمين ببعضهما او من عدم
او كسجينية الدم الشرياني سواء وجد اتصال بين التجويفين الجانبيين او كان
حصول التكسجين في الرئتين غير تام فاذن لا يتعجب من ان يولد طفل في حالة
قريبة للاسفكسيا بحيث لا يمكن ان يكون الهواء وصل لرئتيه فيحصل له مدة
ساعات شبه سيانوباثيا وقبيلة لا تزول حالا الا اذا حصل التنفس حصولا تاما
ولذلك ذكر كورفر ان هنالك مشابهة بين تلون المولودين الذين تنفسهم غير تام
وتلون الكبار الذين يوجد في قلوبهم عيوب في التـكـسـجـون او آفات عضوية تعوق
او تقطع السير الاعتيادي للدم وعبرة هذا الطبيب الماهر اذا قابلنا النتائج
الحاصلة من الاتصال الحاصل بين التجاويف اليمنى والتجاويف اليسرى للقلب
بالتنائج الحاصلة سريريا من انواع مختلفة من الاسفكسيا وجدنا هنالك مشابهة
تامة واضحة ويوجد مثل ذلك ايضا بين هذه الحالة والحالة التي تشاهد
في بعض الاطفال بعد الولادة ولا سيما بعد الولادة الشاقة فيكون الوجه فيهم
ازرق بنفسجيا بل والجسم قد يكون احيانا كذلك وفي الكل تكون درجة
حرارة الجسم باردة عند لمس انتهى

فاذا نظرنا للحوادث الواقعية المتعارضة بحسب الظاهر التي ذكرها دوريت
وكورفر ومرك وبريشيه وفوكير وغيرهم لم نستنتج منها نتيجة متوسطة
بين الرأي الذي يعتبره الـسيانوز نتيجة عيب تكون في القلب والرأي المخالف
لذلك اعنى كونه بحسب الظاهر نتيجة عدم تكسجين الدم الوريدي فيمكن
ان يحصل مع وجود عيب في تكون القلب ومع عدم وجوده بشرط
ان لا يكابد الدم مجريه في الرئتين التنوعات الحيوانية والكيمائية التي

يكابدها طبيعة فيقرب للعقل ان السيانوز اذالم يحصل مع وجود اتصال
الاذنين ببعضهما فذلك لان الدم الذي مر في الرتين كان كثير الكمية
والاو كسيجينية بحيث يحول او كسيجينية الى الدم الوريدي المختلط معه
ومن جهة اخرى اذا كانت تجاوبف القلب في حالة اعتيادية ولكن كانت
الهيئة الخاصة للرتين لا تسمح بان او كسيجين الهواء يحول الدم الوريدي
الى دم شرياني يشاهد حينئذ حصول السيانوز فيقع ذلك ان هذا الداء يكون
دائما علامة لعدم تكسجين الدم وانه قد يكون وقد لا يكون نتيجة عيب تكون
في القلب ويؤيد ذلك اننا نشاهد في الاطفال الذين فيهم الدورة الرئوية متقطعة
بسبب سد او التهاب في الرئة ان اجنحة الانف والشتين بل والوجه والاطراف
ايضا نصير مزرقة وتلك اول درجة من السيانوز ويشاهد ايضا عند النزع
عادة في الاطفال المصابين بالاقات الرئوية ان جميع اجزاء الجسم تصير كالحة
مزرقة فاذا ن يكون سبب السيانوز في الغالب اما عيب في تكون القلب مضاعف
باحتمقان او التهاب رئوي واما مرض في الرئة بدون آفة عضوية في القلب ومتى
وجد شيء من ذلك وتمت وظائف الرئة باطلاق جازان لا يحصل السيانوز بسبب
ان الدم الوريدي اكتسب من اختلاطه بالدم الشرياني نفسه جزأ من الخواص
الكيمياوية الحيوية للمعدومة منه

وهذا التوضيح ربما كان مناسبا في اكثر الاحوال لاني كلها اذ لا يتأتى اجرائه
مثلا في الامر الواقعي الذي شاهده بريشيه في طفل عمره نحو شهر وهوان
الشريان تحت الترقوة الايسر كان ناشئا من الشريان الرئوي ومع هذه الهيئة
الغريبة التي بها لم يدخل في الذراع الايسر الدم وريدي لم يحصل ادنى تغير في لون
الذراع ولا في نموه

قال اولفير وربما كان من اسباب السيانوز ايضا ضخامة الغدة تيموس
كما شاهد ذلك الطبيب ريب بكسر الراء في جثة طفل مات وعمره اربع سنين وكان
مصابا بهذا الداء الازرق فوجد الغدة تيموس اكبر حجما من العادة وكذا شاهد
سندفور في طفل عمره ثلاث عشرة سنة ومات ومعه الداء بقاء النقب البيضي

غير منسد والاورطى ناشئة من البطينين والغدة تيموس كبيرة الحجم وشوهد
ايضا عظم هذه الغدة مع اتصال بطبقي القلب ببعضهما ومع السيانوز لكن من
الواضح ان هذا الداء الازرق هنا كان غير ناتج من ضخامة الغدة المذكورة
وانما نتج من الاتصال الغير الاعتيادي لتجويفي القلب ببعضهما وبالاورطى
وعلى كل حال فالسيانوز سواء كان موضعيا او عاما يكون غالبا في المولودين
نتيجة احتقان دموى في القلب او الرئتين

الاعراض لهذا الداء * لا يخفى ان اسم هذا الداء مأخوذ من اللغة اليونانية
ومعناه الازرق نظرا لتلون الجلد بالزرقة لان ذلك هو العرض الرئيس لهذا الداء
وقد يكون متولدا بلون بنفسجي وقد تتلون بذلك ايضا الاغشية المخاطية وجميع
المسوجات التي تقبل في العادة مقدار كبير من الدم لكن قد توجد تلك
الصفة في آفات عضوية مختلفة مشتركة كلها في كونها لا تسمح بكون التدميم يتم
وظائفه باطلاق سواء حصل منها عائق في سير الدم الوريدي فهو الرئة او كان
مجلسها في نفس هذا العضو بحيث ازالته منه موافقة للوظائف المطلوبة منه
وبنى الطبيب چنترالك على هذا الاعتبار اقسامه الاربعة التي جعلها لهذا الداء
واعظم زيادة اللون تكون في الوجه ولا سيما الشفتان وكذا اليدين والرجلان
واعضاء التناسل ويكون هذا العرض وقت فعل الحركات العنيفة كالصياح
مثلا اقوى مما يكون وقت السكون ويوجد غالبا في الاعضاء التي يكون
فيها اقوى بعض انتفاخ ويندر ان لا يوجد في وظائف الدورة والتنفس آفات
ثقيلة فاما آفات الدورة فهي الخفقان المختلف الشدة والمصوب احيانا بلفظ
نفخي متميز جدا واحساس اليد الموضوعة على القلب بلفظ مخصوص شبيه بلفظ
الهر عند ما يمس جلده والميل لفقد الحس والحركة ووقوف الدورة
والاحتقانات المصلية واما آفات التنفس فهو ان يكون في العادة شاقا نفخيا
بعد ادنى حركة عنيفة وتكون حرارة الجسم قليلة العظم وتحس المرضى ببرد عظيم
وتضعف الوظائف العامة ولا سيما وظائف الحركات الانتقالية بل ربما وقعت
في الخدر لكن لا تدوم تلك الاعراض المذكورة دائما بهذه الدرجة مدة دوام

الداء فيصح ان يقال ان سير هذا الداء مركب من نوب وفترات متوالية ولا يشاهد كثرة فقد الحس والحركة والضربات الاهتزازية للقلب والاختناقات المهددة بموت المريض الا في مدة شدة النوب وليس لعود النوب قانون دائم فان من المحقق ان الحركات العنيفة والتعب والافتعالات النفسانية كثيرا ما تسبب تلك النوب كما ان من المعلوم ايضا انها قد تظهر مع عدم وجود سبب تحال عليه وهي في الشتاء اكثر منها في الصيف ومدة النوبة تختلف فقد تطول مدة ساعات وتأخذ في الانحطاط تدريجيا وانتهاء هذا الداء في اغلب الاشخاص محزن ومع ذلك هنالك من تعود له الصحة التامة ومنهم من لا يعرض له الموت الا بعد جملة سنين ويعرض احيانا فجأة ولكن في الغالب يسبقه نزع وقلق واختناق وهبوط وعرق بارد

والآفات التشرية التي توجد في الرمة او اهاوا اكثرها هو بقاء ثقب بوتال منفتح المعنى اختلاط اذ ينى القلب ببعض ما يحسب بذلك في العادة بما نزع لمزوردم الاذين اليمنى في البطين المحاذي لها او في الشريان الرئوي فقد يوجد ضيق او انسداد تام في فتحة هذا الشريان اوضيق في الفتحة الاذينية البطينية اليمنى وقد يتطابق ذلك مع ضخامة البطين والاذين الايمنين واحدهذين التجويفين فقط واحيانا يضيق تجويف البطين وثانيها تفرق اتصال في الحاجر البطيني وثالثها بقاء القناة الشريانية في بعض الاشخاص ورابعها انفصال الاذنين عن بعضهما بجيدا وافتتاحهما في البطين الايمن الذي يكون ضيقا خاليا من القوه الاذينية وفيه اصل الاورطى وخامسها خروج الاورطى والشريان الرئوي من البطين الايسر واما البطين الايمن فيكاد ان يكون معموا ويكون الحاجر بين الاذنين منقبوا وسادسها قديق ثقب بوتال محفوظا وتزول الاورطى بعد ان تجهز الجذوع المخية والذراعية واما الشريان الرئوي فيقبل الدم من البطينين ولذا يتكون منه الاورطى النازل وسابعها شوهة ان الجذوع الغليظة الشريانية غيرت محلها بحيث ان الاورطى نشأت من البطين الايمن والشريان الرئوي من الايسر مع بقاء ثقب بوتال والقناة الشريانية

مفتوحين او القناة فقط وثانها شوهدي في بعض الاحوال ان القلب انما
كان مكونا من اذين وبطين فقط وتاسعها اتفق انه وجد وريدان اجوفان
علويان مفتوح احدهما في الاذين اليسر هذا ما يتعلق بالموضوع الذي نحن
بصدده ووراء ذلك مباحث لا حاجة لنا بالدخول فيها فقد شاهدنا فيما ذكرناه
ان الاقوات المذكورة في اعضاء مركز الدورة لها نتيجة مشتركة بينها
وهي اختلاط الدم الاسود بالاحمر ومن تلك الاقوات ما لا يحصل منه هذا الخلط
كبقاء ثقب بوتال مفتوحا مثلا ولذلك لا تكون تلك الحالة معصوبة بالسيانوز
مصابة لازمة اما اذا بقيت القناة الشريانية او نشأت الاورطي من البطينين
او كان مع اتصال التجاويف البيني باليسرى مانع منع سير الدم في الاوتار
فان جزأ عظميا من الدم الاسود يختلط ولا بد بالدم الاحمر واذا انضم للحالة التي
يوجد فيها اتصال غير اعتيادي بين تجاويف القلب الايمن والقلب اليسر
مانع منع سير الدم في البطين الايمن او في الشريان الرئوي فان خلط الدمين
لا يكون هو السبب الوحيد لتلون الجلد ولا لتفخ بعض الاعضاء
ولالا احتقانات المصلية ولا لغير ذلك لان من الواضح ان العائق الذي
تكابده الدورة يعين في كثير من الاحوال على تولد هذه الظواهرات اليس ضيق
القوة الاذينية البطينية او البطينية الرئوية ينشأ عنه لغط الشخ واللاغط
الهرى اللذان نشاهدهما في بعض الاشخاص فتقول نعم هذا هو المشاهد
يقينا

ثم من الاقوات التي ذكرناها ما هو داء خلق كخروج الاورطي من البطينين
ومن ما يكون تارة خلقيا وتارة عارضا كاتصال التجاويف البيني باليسرى
والاسباب التي تحدث اغلب الاقوات الخلقية التي يكون السيانوز من نتائجها
يعسر معرفتها لكن من المعلوم ان اتصال التجاويف البيني باليسرى قد يحصل
على سبيل العرض من التهاب تقرحي للحاجز الاذيني او البطيني او من تمزق
في هذه الحواجز وسبب الحاجز الاذيني بسبب حركات عنيفة مستطيلة المدة
وقد يتفق ان يمنع مانع سير الدم في القوهة الاذينية البطينية البيني او في القوهة

البطينية الرئوية ولا سيما في الازمنة الاول من الحياة فيحصل من ذلك اتصال غير اعتيادي بين الاذنين بان يبعد الصفاق الصمامية التي بتقاربها والتصاقها ببعضها يفسد منها ثقب بوتال ومثل هذا المانع قد يحصل في باطن الرحم فيصح ان يعتبر سببا كافيا لفتح هذا الثقب واما من جهة تشخيص الداء فانه متى وجدت الاعراض التي ذكرناها جاز ان يجزم بان هناك اختلاط كمية من الدم الاسود بالاحمر وان هذا العرض السجماوى ليس هو النتيجة الوحيدة للمانع الدورية في التجاويف اليمنى للقلب فيعسر جدا بل يتعذر ان تعين بالضبط في هذه الاعضاء المركزية للدورة الافة التي بها حصل اختلاط هذين الدمين ببعضهما نهاية ما يمكن ان يظن ان هذا الخلط يحصل بواسطة ثقب غير اعتيادي في الحاجز بين البطينين او بين الاذنين اذا عرف وجود مانع في الدورة طائفي اما من ضيق في القووة البطينية الرئوية او في الشريان الرئوي واما في القووة الاذنية البطينية اليمنى او في نفس تجويف البطين الايمن فضيقت هذين النوعين الاخيرين هو الذي يتوافق في الغالب مع بقاء ثقب بوتال

العلاج * هذا الداء من الداءات التي تعجز الصناعة عن مقاومتها اذ ليس عندنا واسطة لتقطع الاتصالات الغير الاعتيادية التي توجد في بعض الاعضاء المركزية للدورة ولا لازالة موانع سير الدم التي تتوافق غالباً مع هذه الاتصالات بل ربما كانت الطبيعة في ذلك اقوى من الصناعة الطبية كما يشهد بذلك بعض امثلة في كتاب الطبيب جنتراك انتاقت فيما تلك الهيئة العضوية التي نشأ عنها هذا الداء للطبيعة نهايته ان هناك وسائط لتخفيف آلام المريض اما وسائط الحفظ من حصول هذه الافة فعدومة عندنا في الحالة التي تكون فيها خلقية واما السيانوز الغير الخلقى فكثيرا ما يكون نتيجة حركات عنيفة فينبغي حسب الامكان التحذر من مثل تلك الاسباب ومن المعلوم ان كثرة الصياح القوي وطول مدته في الاطفال الصغار قد ينسب عنه حصول هذا الاتصال بين الاذنين ولا ينبغي عسر تبعيد اسباب مثل هذا الصياح واما الوسائط المناسبة للمصاب بهذا الداء فهي كلها صحيحة كأن يوضع الطفل في هواء نقي ساكن وفي درجة

حرارة مرتفعة كأن يقرب لئار خفيفة وان يدلك رأسه وجسمه بلطف لما علمنا
من ان المصاب بهذا الداء يكابد بردا شديدا وان تمنع عنه الرياضة الشاقة
والحركات العنيفة بقدر الامكان واذا كان يتعاطى الاغذية فلتجعل له من
المنبهات ويحجب عن كل ما يثير الحركات النفسانية فهذه هي الوسائط التي
قد يترجى منها تخفيف الاعراض وتكون سببا لاطالة الحياة زمنا ما ولعل
الطبيعة تساعد ذلك وتتم بتأجيلها الجيدة وعلى كل حال فهذه كلها وسائط
ضعيفة والداء خطر صعب العلاج والله هو المنجي الشافي واما العوارض التي
تعرض في سير الداء فتعالج بما يناسبها ويندر أن يحصل منها نتائج مغممة واكثر
هذه العوارض حصولا واهمها هو حصول الامتلاءات الوريدية الجزئية التي
يكون مجلسها تارة في الرأس وتارة في المعدة وتارة في الرئة ويحصل منها
انخرامات شديدة مختلفة فنظهر نوب حشيقية بل قد تستدعي تلك الاحتقانات
معالجة قوية ومع ذلك يعسر ان يوضع لذلك العلاج قوانين ثابتة لكن قد تكون
الاستقراعات الدموية الموضعية والعامة لازمة ضرورية في بعض الأحوال
غير ان استعمالها يستدعي غاية الاحتراس ومثل ذلك ايضا حشيقية الوسائط المضعفة
التي لا تستعمل في الاكاف الضعيفة الا لاجل إيقاف العوارض الثقيلة
فاذا كانت السيانوز نتيجة التهاب رئوي كانت الوسائط المناسبة له هي وسائط
هذا الالتهاب اذ ليس هو حينئذ الاعراضه

المطلب الثاني

في انورسما القلب اى اتساع تجاويفه

يندر ان يشاهد في الاطفال الرضع انواع المختلفة للانورسما التي تشاهد كثيرا
في سن متقدم عن ذلك والغالب ان التجاويف اليمنى للقلب يوجد فيها من وقت
الولادة الاختلاف في السعة الذي يوجد فيها بالنسبة للتجاويف اليسرى مدة
الحياة كما اكد ذلك بليار في جملة اطفال بالتشريح بعد الموت قال ومع ذلك
كثيرا ما وجدت تساوي البطينين في الاتساع وسجوة الجدران مع ان ذلك اندر
من السابق ثم قال ولم يتفق لي مشاهدة الاتساع الضعفي اى المركزي لتجاويف

القلب الامرأة واحدة في رضيع ويظهر لي ان هذا المثال عظيم الاهتمام لان الطفل
توجد معه علامات شبيهة بما يشاهد في الكبار البالغين المصابين بهذا الداء
وها هو المثال

انور سما ضعيفة في القلب * طفل انثى عمره يومان قوى البنية جيد التركيب
دخل بيت المرضى في اليوم الاول من سبتمبر فشوه دانه كان يحصل له احبانا
غشى مستطيل المدة بحيث يظن موته وكانت ضربات القلب في الغالب خفية
بطيئة غير منتظمة وصياحه قويا تاما ويسمع من القرع على صدره صوت شديد
الرنانية ويسمع نفسه من جميع الجهات ولما لم يوجد معه اعراض اخر مخصوصة
رد للمرضعات وامرن بمراعاته والاحتراس عليه فكث هناك الى آخر اكتوبر
فتجددت العوارض التي ذكرناها وتكررت كثيرا فاعيد لبيت المرضى ووجد
حيثئذ في حالة هبوط زائد وكان تنفسه عسرا جدا متعبا واحبانا اختناقيا
ووجد معه لون مزرق في جناحي الانف وفي الشفتين ويعرض له غشى نحو
مرتين او ثلاث في اليوم وكان نبضه صغيرا غير منتظم واطرافه دائما باردة
او ذياوية وصياحه ائبسيا كانيز التزع ومات في اليوم الثاني من نوفمبر حال كونه
يتقيأ مواد مسمرة دموية ولما فحنت جثته وجد الغشاء المخاطي المعوي عديم
اللون وعلى سطحه تصعد دم اسود سائل وفي القسم اللفائي الاعورى بعض
ضفائر جارية منتفخة وكل من الحافة الخلفية والقص السفلى للرئة اليمنى متكبدا
تكبدا متينا والقناة الشريانية مفسدة والقلب كبير الحجم كبيضة دجاجة
وكأن البطين والاذنين الايمنين هما اللذان يتكون منهما حجم القلب فكان
تجويفهما كبيرا الاتساع وجد رانها رقيقة كورقة كتابة واء التجويفان
المقابلان لهما فكانا ضيقين جدا وجد رانها ضخمة والقوهة بين الاذنين
قاربت الانسداد بالكلية وفوهات القلب وصماماته خالصة مفتوحة ووجد
الخ متينا كثيرا لاحتقان

ويقرب للعقل ان تمد التجاويف اليمنى للقلب في هذا الطفل نشأ من كون
التجاويف اليسرى حصل فيها ضيقه وضيق فلا تقبل الدم قبولا تاما

فبضر

فيضطر لان يتراكم في البطن والاذنين المقابلين لهما الى اليمين فيمددهما متددا زائدا فقد عرض في هذه الحالة ما يشاهد مثله في الكبار البالغين الذين يوجد فيهم تضايق في القوهات البطنية والاذينية او تولدات كلسية فيها

ويؤيد ذلك مشاهدة لكروفليير فيها انور سما التجاوي في الجنى للقلب وانسداد فوهة الشريان الرئوي وموت الطفل في اليوم الخامس من ولادته وهي ان طفلا ولد في ثمانية اشهر ونصف من اشهر حمله فكان في حالة ضعف زائد وتنفسه لا يتم الا بعسر فكان غير تام وشافا جدا وربما كان تشجيا ومات بعد خمسة ايام وفي فتح رتمته وجد القلب عظيم النحوم لثا لنحو نصف الصدر ودافعا الى الخلف الرئتين اللتين كان فيهما بعض عظم وكان عظم حجم القلب ناشئا من اتساع تجاوي في الجنى التي يتكون منها سبعة ائمان العضو وكانت التجاوي اليسرى صغيرة جدا وفيما شبهه معلقة وكان صمام الفتحه الاذينية البطنية الجنى متنبه في الجدران البطنية بحيث لا يمكن فصله منها حتى ان الدم يمر باطلاق من البطن للاذنين ومن الاذنين للبطن وشوهدت تحبيبات ساجدة شاذة للحافة السائبة من الصمام وكانت فتحة الشريان الرئوي منسددة بالكلية مع كون هذا الشريان نفسه واقسامه في غاية السلامة وكانت الحفرة البيضاء عظيمة جدا ولا يوجد من ثقب بوتال الا شق صغير موضوع في الجزء العلوى من الحفرة ودخلت خلطة دموية في هذا الشق وكان في الصمام المتكون منه قعر الحفرة البيضاء بعض انتفاش

قال كروفليير انظر كيف بقيت الحياة خمسة ايام في هذه الحالة مع انه لم يصل للرئتين ولا قطرة دم من البطن الى الجنى ثم قال ان ان وصول الدم للرئتين كان يحصل من القناة الشريانية لكن حصولا غير تام فيمكن ان الحياة تبقى اذ يبقى ثقب بوتال خالصا انتهى

قال بليار ولم اشاهد انور سما الاوعية الغليظة في الاطفال الرضع غير اني شاهدت مرة واحدة في طفل عمره ثمانية اشهر تمحدا في القسم الظهري للعمود الفقري وكان قوس الاورطى ومبدأ الاورطى النازل اوسع مما في الحالة الاعتيادية

واظن ان ذلك ناشئ من العسر الذي يكابده الدم عند مروره في سعة العرق
لان الشريان نفسه يتبع اعوجاج العمود الفقري وانحناءه

المطلب الثالث

في انورسما القناة الشريانية

قال بليار اتفق اني وجدت في مولود انورسما القناة الشريانية وذلك انه حمل
الى بيت اللقطاء يساريس في الخامس والعشرين من اكتوبر طفل عمره يومان
فادخل بيت المرضى في اليوم التالي فكانت قامته متوسطة كبنيته ايضا
وتنفسه متعبا ووجهه منتفعا وصياحه احتناقيا ودرجة حرارة جسمه
طبيعية ونبضه صغيرا متواترا وبقي على هذه الحالة يومين ثم مات في الثالث
بدون ان يشاهد فيه اعراض اخر غير ما ذكرنا ولما اريد فتح جثته وجدت المعدة
والقناة المعوية مجلسا لاحتقان قوي دموي والكبد محتقنة بالدم ووجد
في الرئتين سدود القلب اعظم مما يكون في المولودين عادة ووجد اتساع متساو
تقريبا في التجويفين الجانبيين مملوء بالدم الاسود الذي تجمد حتى صار خلطا
ووجدت القناة الشريانية على شكل نواة غليظة من نوى الكررز وقطرها
المستعرض تقريبا ثلاثة خطوط ونصف ودارت ان تسعة خطوط وامام الظاهر
قترى كأنها مفتوحة في الاورطى باتساع مع ان هذا الاتساع ظاهري لا يظهر
الامن الخارج لان باطن الورم كان مملوءا بخلط ليفية آلية على هيئة طبقات
كما يشاهد ذلك في الاورام الانورسية في البالغين ولم يبق في مركزها الا ثقب صغير
تكداد ان لا تدخل منه ريشة غراب واما بقية اعضاء الجسم فليس فيها ما هو
عظيم الاهتمام

ولا نرى ان هذه الاعراض في هذا الطفل كانت نتيجة هذه الانورسما في القناة
الشريانية وانما يسهل توضيح ذلك بحالة الرئتين اذ ليس هنالك علامة في الخارج
تدل على وجود هذا الداء قال بليار وانما ذكرت هذا المثال على وجه كونه حالة
نادرة وذكر لي الطبيب بارون انه عثر على حالة شبيهة بذلك في طفل لم يشاهد
في اعراضه التي كانت معه شيء مخصوص

المطلب الرابع

في التهاب القلب والاوعية الغليظة

التهاب هذه الاعضاء في الرضع نادر ويعسر تحقيقه واما عندنا مثله يقينية فيه
فذلك التزمنا ان نقصر الكلام على بعض تأملات في تلون هذه الاعضاء
فدقول ان السطح الظاهر لقلب الاطفال الصغار يكون احمر فاتما فيلزم
ان يعتبر لونه الانتعاشي حالة غير طبيعية ولون الوجه الباطن لتجاويفه يكون
ايضا احمر فاتما يختلف قسامته واحيانا يكون هنالك فرق واضح في اللون بين
البطينين ومنظر التجاويف البني يكون بنفسجيا بحيث يشبه لون الخشب
المسهي بالبقم واما التجاويف اليسرى فتبقى حافظة للونها الاحمر الاعتيادي
ففي هذه الاحوال يتسلطن الدم الوريدي وتكون الاوعية الغليظة محتقنة منه
كجميع منسوجات الرمة والتعفن لا يحصل منه مثل تلك النتيجة حتى ولو اخذ
في التقدم ولا يوجد ذلك في جميع الأشخاص الذين فيهم احتقان دموي عظيم
قال بليار وهذا الاختلاف في اللون الحاصل في تجويفي القلب وشاهدته ايضا
في الشيوخ ناشئ من اسباب مخصوصة لم يتيسر لنا الوقوف عليها فلا نبحت
عنها وانما يكفيننا معرفة نتائجها

والمجموع الوعائي في الاطفال عظيم الاهتمام بالانتفاخ الدموي الذي يكون
هو مجلساله ولذا كان كثيرا ما يوجد في المولودين سدد واكماد وانصبابات
دموية في اقسام مختلفة من الجسم ولا سيما في الاجزاء الاكثرميل الى الاسفل
كالاعضاء التي يتسلطن فيها مقدار عظيم من المنسوج الخلوي ثم ان الاوعية
مع كونها ممتلئة ليست دائما ملونة بالدم المحوية عليه فاذا تتبععت فروعها
في سمك الاعضاء التي منسوجها مختلط بمقدار عظيم من هذا السائل شوهدت
في الغالب في وسط المنسوج الذي تسج فيه بيضاء او وردية قليلا قال وقد وصلت
لذلك بابحاث تشريحية مارستها لتحقيق هل هذه الاوعية في الاطفال الصغار
تشارك الاعضاء المتوزعة هي فيها في اللون كما شاهد ذلك تروسو في بعض
الحيوانات

المبحث الثاني في التهاب التامور

قد علم ان التهاب المنسوج الخاصر للقلب نادر او عسر التحقق في الاطفال المولودين واما التهاب التامور فهو **كثير** وجودا منه بل ربما كان في هذا السن الاول اكثر حصولا منه في بقية اسنان الحياة فان من سبعمائة جثة من جثث الاطفال الذين ماتوا في بيت الملتقطين رأيت سبعة فهم علامات هذا الداء واضحة

واسبابه يعسر توضيحها خصوصا اذا اجتهد في تقريبها للاسباب التي يظهرانها في البالغين تحدث هذا الالتهاب ومن المعلوم ان نبيل ذكر من اسبابه الرياضة المتعبة والاعمال العقلية القهرية وعلى مقتضى دعوا ذلك **ذكر** قصة داء مريض يقال له ميرابو وموته وان شدة نشوته وصبونه وتركه التدبير المناسب وقوة فاعليته العقلية يظهرانها من زمن طويل جعلت فيه استعدادا لالتهاب التامور الذي اهلكه لكن مثل ذلك لم يشاهد في الحياة الشبيبة بالمبدء النباني في المولودين الذين كثيرا ما يموتون بهذا الالتهاب فاذن يكن ان تزيد الفاعلية الوظيفية للقلب فتزدوج قابلية التهييج الخاصة بالعضو ومن ذلك يلتهب الغشاء المصلي المحيط به فتحصل عوارض تختلف في الثقل فتعدهم من الاسباب المهيئة لالتهاب التامور في المولودين الفاعلية الشديدة التي تعرض في وظائف القلب عند حصول الدورة المطلقة فهذا يقينا هو السبب الكثير الحصول لهذا الداء في الاطفال المصابين بالانورسما نظير الخفقان في النساء العصيات اللواتي هن موضوعات له

واعراض الالتهاب التاموري في المولودين سهلة الخفاء لسهولة اشتباهه باعراض البورا واغشية المخ والبلن الهلامي للمعدة ويظهر غالبا ان الاطفال المصابين بالتهاب التامور يكابدون آلاما شديدة فيكون صياحهم شاقا وتنفسهم متعبا وحيانا اختناقا ويكون الوجه مقطبا وكأن عضلاته منقبضة على الدوام وربما عرضت حركات تشنجية في الاطراف ناشئة عن اهتزازات

في العضلات والغالب ان سير هذا الالتهاب يكون سريعا فيملك الاطفال بدون
 ان تظهر فيهم اعراض اقوى من التي ذكرناها فاذا ن يكون تشخيصه فيهم غير
 ممكن ومع ذلك يصح ان تنبه على شيء وهو ان هذه الحالة انعامه من الاضطراب
 والضيق والهبوط والتألم في المولودين تكون غالبا نتيجة لبن هلامي في المعدة
 او التهاب تامورى او بلوراوى حاد فيصح ان توجه القوة الحساسة من الهذ
 الامراض الثلاثة المختلقة اذا شاهدنا في الطفل المولود مجموع هذه العلامات
 واما النبض في هذه الحالة فلا يوجد فيه شيء مخصوص ومثل ذلك القرع
 والاسماع فان في جميع احوال الالتهاب التامورى التي شاهدنا بليار لم يتيسر له
 تشخيص الداء بعلامات واضحة من ذلك وانما الذى حقق وجوده عنده هو وقع
 الجثة بعد الموت فوجد في طفل عمره يومان التصابات متينة بين وريقات
 التامور بحيث يغلب على الظن انها اترقديم لالتهاب تامورى فسامدة نمو الطفل
 في الرحم وشاهد في تامور ستة اطفال اخر انصبابا مصليا زاليا وند فامبيضة
 ملتصقة على سطح القلب والجثة خفيفة بين ورقى التامور ونقول في بيان ذلك
 اذا كان الطفل متقدما في السن واصيب بهذا الداء ولم يمكنه ان يوضح انه جاز
 ان يؤخذ من هيئة حاله بعض علامات ككذهاب يده نحو القسم المتألم
 عند اخذ النفس والاهتزازات الخفيفة للسعال لكن قد يشاهد في السكاركون
 هذا الداء مكتموم الالم وخفيفه او معدوما فيه بالكلية ولا مانع من حصول ذلك
 في الصغار فلا توجد تلك العلامة فيضطر للضغط فاذا فعل الضغط من اسفل الى
 اعلى على تقعر المعدة والجزء القريب للمراق الايسر تنقظ الالم وتظهر اثره
 على وجه الطفل فاذا كان الداء مصحوبا بالتهاب بلوراوى شديد الحادية خفي ذلك
 الالم عادة فهذا هو سبب ضعف هذه العلامة واما ضربات القلب فتكون
 اقوى واكثر تواترا من العادة غير انها تارة تكون منتظمة وتارة غير منتظمة
 وتارة متقطعة ويقوم من ذلك الخفقان الشديد بحيث تشاهد بالعين تلك
 الضربات وتارة لا يشاهد ذلك ولا تستشعر اليد بشيء من ذلك وقد اعتبر من
 العلامات ايضا بروز الاضلاع في القسم القلبي لكن ذلك انما يكون اذا حصل

انصباب في تجويف التامور او كان ذلك لعيب في تكون القسم القلبي قبل ان يصاب التامور بالالتهاب ولا يخفى ايضا ان ذلك الانصباب انما يكون في التامور المزمن فيكون ذلك البروز علامة ضعيفة واما القرع على القسم القلبي فانه ينتج منه صوت اصم في سعة تختلف نسبتها على حسب كمية الانصباب فقد تشغل الاصحية الثلث السفلى بل النصف من الجزء المقدم الوحشي للجانب الايسر من الصدر فتكون الاصحية ناشئة من وجود السائل في التامور ومن ذلك يؤخذ ان هذه العلامة لا توجد الا في بعض ازمنة الداء مع ان في ابتداءه لا يترز من التامور مقدار عظيم يمدده حتى تؤخذ منه هذه العلامة اعنى الاصحية وفي الالتهاب التاموري المسمى باليابس اى الذى ليس معه انصباب عظيم وانما يترز فيه مقدار يسير من مادة غشائية كاذبة لا يسمع من القسم القلبي صوت اصم الا في سعة تقرب لان تكون اعتيادية وانما قلنا تقرب لان وجود الغشاء الكاذب نفسه حيثئذ والتيج الانتفاخى الذى يكون القلب في الغالب مجلسه يحصل منهما بعض اصحية فعلى كل حال لا يؤخذ من القرع علامة حقيقية مهمة في التشخيص الا اذا كان هناك انصباب عظيم فان كان الانصباب متوسطا في الوضع الاعتيادى للمريض اعنى الاستلقاء على الظهر كان شاغلا للجزء الاميل الى الاسفل من التامور فلا يعرف بالقرع وزيادة على ذلك ان الاصحية توجد في آفات اخر غير ذلك الانصباب التامورى واما الاسماع فيعين بعض اعمامة فقد ذكر الطبيب كولين انه يسمع منه في هذا الداء لفظ شبيه بقرعة الجلد الجديد غير ان ذلك لم يشاهده احد ممن جاء بعده قال بوليود ولم يتيسر لي ايضا مشاهدة هذه العلامة الا في واحد في مارستان الرحمة لكن اذا كانت مشاهدة هذا اللفظ في هذا الداء نادرة فلتكن مشاهدة لفظ الاحتكاك كثيرة الحصول وتختلف قوة ذلك اللفظ ويكون شبيها في كثير من الاحوال بل لفظ المنفاخ او المحك او المبرد او المتشاك يشاهد ذلك في تيسر صمامات القلب المصاحبة لضيق واضح في القصة الموفق عليها تلك الصمامات وقد شاهدت هذا اللفظ الاحتكاك في نحو ستة احوال بل ثمانية وتحقق هذه

الظاهرة

الظاهرة ايضا كثير من الاطباء وبالجملة ليس لفظ الاحتكالك او الجلد الجديد
او المنفخ او المبرد او المنشار هو الظاهرة الوحيدة التي يكتشفها الاسماع
في التهاب التامورى لان هذه الطريقة اذا فعلت في زمن يوجد فيه انصباب
عظيم عرف ايضا ان اللفظ المزدوج للقلب يكون ابعد عن الاذن من الحالة
الاعتيادية وذلك يصيره اخفى واستر وهذا البعد للغطات القلبية قد يتوافق
مع اصناف كثيرة من لفظ الاحتكالك السابق كما يمكن ان يوجد مع غيبوبة
هذه الاصناف فم يعرف من الاسماع كاللمس ايضا التقطع وعدم الانتظام
في ضربات القلب حيث يوجد ذلك في بعض احوال التامورى ولم يوضح
احد من المؤلفين توضيحا كافيا لفظى الاحتكالك والقرقرة اللذين يسمعان
في التهاب التامورى وظن الطبيب هوب ان لفظ النفخ ينتج غالباً من زيادة قوة
ضربات القلب لكن ذلك غير مقبول فان هناك احوالاً يحصل من القلب فيها
ضربات اشد مما يكون في التامورى ومع ذلك لم يسمع هذا اللفظ النفخي الحقيقي
وفي احوال اخرى يوجد هذا اللفظ مع ان الضربات ضعيفة وذكر هوب ايضا
ان لفظ النفخ في احوال اخرى قد يكون نتيجة انتفاخ صمامات القلب وهو وجيه
فان نتيجة هذا الانتفاخ ضيق الفوهة التي سلك فيها الصمام وانفتح قال بوليود
والاقرب ان هذا اللفظ النفخي قد ينشأ احيانا من تكون اخلاط دموية في باطن
القلب وتلك حالة كثيرة الحصول في احوال هذا الالتهاب وتكون بالضرورة
عاقبة لسير الدم في الفوهات والتجاويف القلبية ويصح ان يضم هذا السبب لسبب
آخر سند كرم على سبيل الاختصار وهو ان احتكالك الوريقتين المتقابلتين من
التامور اذا كانتا مغطاتين بالاعشمية الكاذبة الخسنة الغير المتساوية يقوم منه
ايضا سبب هذا اللفظ النفخي او المبردى او المنشارى الذي يصعب التامورى
الحاد ومن المحقق انه اذا وضع السماع على جزء من الخارج محاذ لهذا الاحتكالك
الخفيف سمع لفظ نفخ شبيه بما ذكرنا ومن المعلوم ايضا ان الضغط الحاصل على
القلب من الانصباب العظيم يمكن ان يتعب سير الدم في هذا العضو فينتج لفظا
خفيفا نفخيا يعين على تأنيب سبب من الاسباب السابقة واما لفظ قرقعة الجلد

الجديده الذي سمعته مرة متميزا وتحققه بعدى كثير من اطباء فاطن انه ناتج ايضا من احتكاك الوريقات المتقابلة للتامور ببعضها لكن اظن انه لاجل احداثه يلزم ان تكون الاغشية الكاذبة اكثف واكثر مقاومة ومرونة وخشونة من حالة اللغظ النقي الحقيقي واطن ايضا ان هذه الاغشية قد يحصل فيها التصاقات ليفية وان انجذاب هذه الالتصاقات مدة حركات القلب ربما كان له دخل في لغظ قرعة الجلد وجميع ذلك شوهه في فتح جثث اشخاص تتحقق فيهم هذا اللغظ المعسوب ايضا بلغظ نقي واضح وشخص فيهم الالتهاب التامورى من ابتدائه انتهى

واقرب الداءات اشتباها بالالتهاب التامورى هو البلوروى الشاغل لجميع بلورا الجانب الايسر او جزئ السفلى وخصوصا الجزء القريب للتامورا والمغشى للجحجج الحاجر لكن اذا تتبعت الوسائط الجليية للبحث سهل تمييز هذين الداءين عن بعضهم ما والحالة الواقعة في الارنبال هي اجتماع الداءين معا وذلك ليس شديد الندرة ومن السعد في هذه الحالة ان العلاج واحد فاللغظ في التشخيص بينهما غير مضر وكثير لما يوجد على السطح الظاهر للقلب في الاطفال نمش احمر بنفسجي ويصحب ذلك غالبا انصباب مصلى دموى بل دم خالص قال بليار ولا اظن ان ذلك مفسوب للالتهاب وانما الظاهر لى انه نتيجة احتقان ضعفى ولا تنس انه يوجد غالبا بل دائما مقدار من المصل فى تامور الاطفال الصغار ثم اذا تبصر تشخيص التهاب التامور فى الاطفال فليكن علاجه كما ذكر فى التهاب البلورا

المبحث الثالث

فى امراض الغدة يمس

هذا العضو قابل لبعض امراض تعتريه فى المدة القصيرة لوجوده قال بليار وما شاهدت لهذه الداءات اعراضا مخصوصة وانما يفتح جثث الاطفال تشاهد هذه الغدة منتفخة شديدة الاحمرار وسهلة التمزق وتعتبر ذلك نتيجة التهاب يمكن فيما بعد ان ينتهى بالتقيح او الفساد انتهى ولذا كرماشوه من امراض هذه الغدة

حسبما ذكره اوغستيب

فعيوب هذا العضو هي عدم وجوده وصغره جدا وزيادة عدده وافراط حجمه
واما آفات تركيبه فالالتهاب والتقيح والاسقيروس والدرنات والاورام الكيسية
الشحمية والتجمعات الحصوية والتعظّمات

فعدم وجود هذه الغدة يكون دأما مع عدم المنخ وإذا كان الجنين منتظما
التركيب كانت هذه الغدة موجودة دائما وتقسيمها إلى جلة فصوص متميزة
لا يصح ان يعتبر حالة مرضية حقيقية وانما ذلك من وقوف في النقص فعدم المنخ ليس
شرطا لمنع نموها لانه شوهد انها كانت صغيرة جدا وكبيرة جدا في الاجنة
العديسي المنخ ومع ذلك لم تشاهد في غير الاجنة المشوهة الصغيرة الا واعتبر كونها
نتيجة حالة مرضية ولم يرتبط بتلك الاختلافات ظاهرات مخصوصة

ضخامة الغدة تيموس او الربو التيموسي * هذه الضخامة تخالف ما سبق اي انها
يتعلق بها بعض ظاهرات فان عندنا مشاهدات كثيرة يؤخذ منها ان زيادة
حجمها قد يسبب تعبسا قافا وعسرا عظيما في التنفس لكن نموها الغير الاعتيادي
لا يصحبه دائما عسر التنفس لان عندنا امثلة كثيرة كانت الغدة فيها عظيمة جدا
ومع ذلك لم يحصل تكدر في الجهاز التنفسي واعتبر بعضهم زيادة حجمها نتيجة
اوسبيلاربو الاطفال ونسبوه لآفة في العصب الرئوي المعدي وعلى كل حال
فخص من العوارض التي توجد مع ضخامتها هذا العسر التنفسي الذي ينتج
من الانضغاط الحاصل في الرئتين اوفى الشعب من هذا العضو الذي نموه
من الامام ممنوع بالقص وهناك عرضان آخران اقل لزوما من هذا العرض
وهما الام تحت القص وعدم امكان الاضطجاع على الجانبين وقد شرح
الطبيب كوب هذا الداء وذكر انه يأتي نوبا دورية وهما هي الاعراض التي
اعتبرها مشخصة له ففي مدة ازدراد اللبث او وقت الاستيقاظ من النوم تعرض
النوبة دفعة مع صراخ وضجير وفي مدة تلك النوبة يكون اللسان عادة مجذوبا
لخارج الفم وهذا الداء يصيب بالاكثر الاطفال قبل السنة الرابعة من سنهم
وكثيرا ما يشبه بالترلة الاختناقية او الربو الحاد للطبيب مليار مع انه مخالف له

بالكلية فاذا حصلت النوب وقت الاستيقاظ من النوم فذلك انما هو لكون
التنفس مدة النوم كان اقل نعمة فقله اتساع الرئتين ترك للتيوس محلا واسعا
اما في اليقظة فان هذا العضوية تعب بعظم حجمه تمدد المنسوج الرئوي لكن يعسر
دائما ان توضع دورية نوب الاختناق التي جعلها كوب صفة لهذا العسر
في التنفس لان النتيجة يلزم ان تكون دائمة كالسبب الذي يحد ثما وامثلة
هذه الافة المذكورة ليست شديدة الندرة فان دوبة قدم الى ديوان الاطباء
عن قريب سنة ١٨٣٧ عيسوية مثالا لطفل عمره عشرة اشهر وكان يعتره
نوب اختناق تدوم معه بعض لواني ثم بعد ها يصير الطفل منشر حامئ بسطامع
جميع علامات العكة الكاملة ولكن كان يحصل له بعض تعب في الازدرداد
ثم مات فجأة في وسط نوبة من النوب ولما فتحت جثته وجد حجم الغدة تيموس
مزدوج حجمها الاعتيادي وجدران البطين الايمن كانت مسترخية
رقيقة وتجويفه زائد الاتساع وتشكك الطبيب او غسيتيب في قصر عسر التنفس
المصاحب في العادة لضمامة الغدة على انضغاط اعضاء التنفس فقط لانه
يوجد غالبا مع ذلك بعض عيوب تركيبية في القلب او في الرئتين تعوق التنفس
والعائق قد يكون نتيجة الانضغاط الحاصل على الرئتين من الغدة وقد لا يكون
ومن الواضح ان هذا التغير العضوي ينسب له ايضا عسر التنفس
وضمامة الغدة مرض حصل من دراسته نتيجة بالنظر للطب الشرعي اذ قد
شوه دانه عرض للاطفال نوب اختناق تسبب عنهما موت فجائي وكانت تلك
النوب نتيجة نمو غير اعتيادي في الغدة تيموس ومع ذلك اتهمت مرضعاتهم كذبا
بانهم اختنقوا تحتمن مع ان اختناقهم انما كان بالسبب الذي ذكرناه قال اولفير
واظن ان هذا من المبالغات

وقد اوصاهنا العسر التنفس وغيره من العوارض المنسوبة لضمامة الغدة
بادروكلورات الكلس والاسفنج المكلس والقهم الحيواني ونحو ذلك من الادوية
التي سموها مضادة للخنزير واما الحراريق والمروحات فان نتائجها التسكين
على رأى الطبيب بورن واهم هذا الطبيب باستئصال هذا الجسم الغددي

إذا اخذ عسر التنفس في التقدم وهدد باختناق قريب واوصى بفعل هذه العملية بالكيفية الآتية وهي ان يفعل في الجزء المقدم من العنق بين العضلتين القصيتين اللاميتين شق كالشق الذي يعمل في القطع القصبي فيكشف بذلك الطرف العلوى للغدة فيفصل من اعلى القص ثم تمسك هذه الغدة بجفت البوليبوس وتجذب جذبات متكررة ليقطع المنسوج الخلوى الرابطة لها بالاعضاء المجاورة وتقطع كلها والطبيب المذكور لم يراع اخطار هذه العملية مع انها لم تعمل اصلا الا على جثث الموتى نعم جزم بانه يلزم التوقف في فعلها اذا لم يهدد تقدم التعسر المستدام للتنفس باختناق سريع مهلك وحذر اولغير من فعلها وقال كيف يتجاسر عليها مع انه ليس هنالك علامة واضحة تؤكد وجود الداء وجودا حقيقيا على انه شوهد ان هذه العوارض قد لا تنشأ من ضخامة التيموس وانما ينشأ عنها يكون في التغير الاكى للقلب والرئتين فالعملية لا تشفى وتزيل جميع اسباب الداء وانما تزيد في اخطاره المحزنة

التهاب الغدة تيموس قد وجد في هذه الغدة بورات من الصديد اعنى خراجات وفساد في التركيب يعلن كما هو واضح بوجود التهاب سابق في منسوجاتها لكن يعسر جدا تشخيص هذا الالتهاب مدة الحياة وان ذكر سوفاج من اعراضه نعب في الازدراد والتكلم وتقايى للاغذية وورم يظهر في الجزء السفلى من العنق قرب القص مع انه يندر تقبغ الغدة بعد التهاب خالص فاذا فصلت الامثلة الواقعية التي ذكروها عرف منها ان الغالب كون التقيح ناشئا عن درن لين وذلك تغير شاهده كثير من الاطباء

اسقيروس الغدة والدرن فيها ما ذكرناه في خراجات هذا العضو يقال مثله في الاسقيروس ومن الواضح ان هذه الاستحالة نادرة جدا حتى قال اولغير لم اشاهد ذلك اصلا وذكر كثير من المؤلفين ومنهم هالبر انهم شاهدوه الا انهم ذكروا الامر الواقعي ولكن لم يفصلوه واما الذين زادوا على هذه التسمية شرح حالة الغدة فيؤخذ من مجموع شروحيهم صفات تحمل على ظن ان التغير الذى اعتبر اسقيروسيا انما كان في اغلب الاحوال درنيا

والغدة في الاطفال المختزرين تشارك غيرها في الآفة الخنازيرية بدرجات مختلفة فنسوجها يكون حينئذ اكثر اندماجا ومقاومة مما في الحالة الاعتيادية فلا يميز فيها اثر خلايا فبا للنظر لذلك تشبه الغدد الاخر القصية او الحبوبية المتراكمة ويكون منظرها منظر هذه الغدد الاخيرة اذا كانت مجلسا لخضامة عظيمة في اللحم

وقد يشغل محل الغدة اورام شحمية او دهنية لكن هل هذه استحالة في الجسم نفسه او تراكم شحم عرض في محل الغدة ولا فائدة لنساق اطالة الكلام في ذلك ولا في التجمعات الحصى والتعظمت التي شاهدها كثير من المؤلفين في هذه الغدة نهاية ما نقول هنا لا ينبغي ان يظن ان هذه التعظمت العارضية انما توجد في الكبار البالغين لان الطبيب ينشيز ذكر منها مثالا لبنت عمرها ثلاث سنين وماتت بعد ان اصبحت بسعال وعسر تنفس مهدد بالاخناق ولما قصت الجثة وجدت الرئتان ملتصقتين بالبلورا الضلعية ووجدت الغدة تيموس متعظمة وان كانت اسفنجية

وبالاختصار يوجد في الحوادث الواقعية ان التيموس قابله لتثل التغيرات التي تعترض الاعضاء ذوات النسيج الخاص وان هذه التغيرات لا تسبب غير التكررات الوظيفية التي تنسب لانضغاط الاعضاء المجاورة لهذا الجسم الغددي وانه يزداد على هذه الاعراض بعض تحول في الاطفال الصغار

خاتمة هذا نهاية ما نقوله في الامراض الالتهابية في الجهاز التنفسي والدوري في الاطفال وربما يقال كان عليك ان تذكر امفيزيما الرئة اى انتفاخها الريحي والربو والافات العصبية عموما في الجهاز التنفسي لكن نقول ان امفيزيما الرئة وان كانت تحصل كثيرا للمولودين الا انه لا يحصل منها فيهم اعراض ولا عوارض خاصة غير ما يشاهد في الكبار البالغين ومثل ذلك ايضا الافات العصبية للجهاز الدوري فانها ليست مخصوصة بامراض الاطفال فالاولى احواله جميع ذلك على مؤامات الامراض عموما وعلى المؤلفات الخاصة بامراض الاعضاء الصدرية نسأل الله ان يعيننا على جمع كتاب فيها

الباب العاشر في امراض الجهاز النخى الشوكى

دراسة هذا القرع من امراض المولودين مهمة جدا وتقدم مشاهداته الكلينية له اشتراك بمعرفة تركيب البنية لان الهيئة العضوية لمنخ الاطفال المولودين لها تنوعات مهمة تدل على طبيعة آفاتهم النخية وسيرها فلتبده بكلام وجيز في نمو الجهاز الشوكى النخى في فصل اول من فصول ثلاثة

الفصل الاول

في نمو النخاع الشوكى والمنخ

اعتبر كثير من المؤلفين حتى من زمن جالينوس ان النخاع الشوكى تابع للمنخ واما الطبيب الماهر جال فاعتمد خلاف ذلك وسبقه به افلاطون وبركساجوراس وفيلوتين ومن المتأخرين تيدمان فن الثابت الآن ان النخاع الشوكى ينمو قبل المنخ الذى ليس هو الانقراض منه وكان فى الاصل صغيرا جدا بالنسبة للنخاع

ففى الاسبوع الثالث والرابع يشاهد فى تجويف الرأس والسلسلة سائل سنجابى مبيض وفى الاسبوع الرابع الى الخامس يميز جيدا النخاع المستطيل الذى يتقوس الى الامام فى محاذاة انحاء الرأس على السلسلة ويكون النخاع الشوكى حينئذ مكونا من خيطين ابيضين يأخذان فى الاستناد على بعضهما شيئا فشيئا فيتكون منهما شبه ميزاب مستطيل وفى الاسبوع السابع ينشق النخاع فى جميع طوله فتبتدأ حينئذ مشاهدة اصول المنخج والانتفاخ النخى الذى تكونه يتوافق مع ظهور الاطراف العليا اى اليدين وفى ابتداء الشهر الثالث لا يزال النخاع مفتوحا من نصفه العلوى ولا يوجد فى بقية سعته الا عسرة طراى خط بارز مستطيل هو اثر انضمام حبلية الاصلين وتكون الحدييات التوهميات الاربع كبيرة الحجم والطبقتان البصريتان تمثلتني وانتفاخ النخاع ناميا نموا محسوسا وفى الاسبوع الثانى عشر لا يمتد النخاع الا لنصف العجز وتنضم الحدييات التوهمية الاربع وتبرز جيدا التتوات الثدية كالا جسام المحرزة ايضا

وتوجد قناة باطنة ناتجة من انقلاب حواف النخاع وبينها وبين البطين الرابع اتصال وتلك القناة تنسد من تكون الجوهر السنجابي الذي يقرز من باطنها بحيث لا توجد نحو الشهر السادس في الجنين الجليد التركيب وفي آخر الشهر الخامس تعظم التتوات الهرمية والحلبة الحلقية والاجسام المحززة ولا يخفى ان الجنين البشري الى الشهر الرابع يوجد فيه هيئة استطلاة ذنبية ثم يتناقص بسرعة تكون اكثر كلما كان النمو والاستطالة للعمود الفقري اسرع فان سرعته على رأى تيدمان تتزايد في الطول بخلاف النخاع فانه يبقى ثابتا في محله وفي الشهر الثامن لا يمتد النخاع الا الى نحو الفقرة الرابعة القطنية وينتهي بخيوط عصبية هي السمكة بذب القرس وفي زمن الولادة يتم كمال النخاع الشوكي والنخاع المستطيل فتوجد فيهما الاجزاء المركبة لهما في غاية التكون والتمييز لان التتوات الزيتونية المكونة للبروز الجانبي تشاهد حيثئذ في غاية الوضوح وخيوطها الباطنة المتوسطة تنغمس في الطبقات البصرية ليستكون منها ارجل المخ وتوجد الحلبة الحلقية مركبة من الياف ياتي بعضها من النصف الكرى الجانبي للخنج وبعضها من النصف المقابل له وتكون على هيئة طبقات تتعاقب مع مسطحات الالياف المتجهة بانحراف من التتوات الهرمية الى الطبقات البصرية

وفي مدة مكابدة النخاع الشوكي هذه التتوات المختلفة يكسب الخنج والمخ شيئا فشيئا الشكل والتركيب الخاص به ما فالخنج الذي كان اولاً مؤلفاً من صفيحتين مائلتين احدهما نحو الاخرى يعظم بعظم هاتين الصفيحتين اللتين ترتفعان وتنضجان فوق البطين الرابع وتأخذان تدريجاً هيئة فروع وفريعات وورقات تنسب لهذا العضو والحزم الهرمية تنتج منها الطبقات البصرية والاجسام المضلعة اى المحززة التي تنتهي من الخارج بصفيحة تنثنى من الامام الى الخلف ومن الخارج الى الباطن ليستكون منها النصفان الخيان وهذان النصفان الغشائيا الشكل المنثنيان الى الباطن يكونان في الشهر الثاني قصيرين جدا بحيث لا يغطيان الاجسام المحززة الا بعسر لكن كلما اخذا في العظم غطيا على

التعاقب الطبقات البصرية والحدبات التوهمات الأربع والنخج ومن انشائها
على قسمهما تتولد البطيئان الجائبيان فعلى مقتضى ذلك ينبغي ان نجزم بان
الكتلة الخفية ناتجة من النخاع الشوكي واذا اردت سعة الكلام في ذلك فعليك
بالكتب المطولة ولا سيما كتاب تيدمان في تكون المخ الذي ترجمه جوردان
وطبع بباريس (سنة ١٨٢٣) عيسوية فاذا كان الحال كذلك لزم ان يوجد
في النخاع الشوكي والنخاع المستطيل عند الولادة غموتام بحيث يتجان وظاقت
مهمة واما فصوص المخ فهي يقينا في هذا الزمن قليلة النفع فتكون اقل تقدما
في التركيب والامر كذلك ونبه تيدمان على ان المخ في الاطفال الذين
عمرهم من ستة اشهر الى تسعة يكون جوهر امثائل الطبيعة ولونه ابيض مجمر
ويعسر ان يميز فيه الجوهر السنجابي عن الجوهر الابيض قال بليار قد اكدت
بالشرح مرات كثيرة ما ادعاه تيدمان وها هو نتيجة بحثي في هذا الموضوع
وحاصل ذلك ان لون النخاع في الطفل المولود يكون واضح البياض ومركزه
سنجاييا لكن غير اللون الذي يكون في الكبار البالغين لكونه هنا كثورية
ولينسا ويسهل فك الجبلين الجائبيين اللذين يعينان في الابتداء على التكون
وقوامه يكون متينا بحيث يمكن قطع الجبل المتوسط الى قطع ثقية خصوصا
في محاذاة متفخاته فمخ المولود لا يشبه مخ الكبار البالغين الا في الشكل العام
ويختلف عنه في القوام والمنظر والبياض فقوامه مثل قوام الغراء واذا قطع
قطعا خرجت قطعه ثقية لكن لم تلبث قليلا حتى تلبس من مماسة الهواء ولم يزل
غير موجود فيه الخط الفاصل القاطع بين الجوهر القشري والجوهر الابيض
بحيث اذا قطع النصف الكري من وسطه قطعنا فقيا لم يشاهد المركز البضاوي
لقبوسنس كما يشاهد ذلك في الكبار ومع ذلك يعرف الموضع الذي سيشغله
الجوهر القشري بوجود خط اقل تلونا من الجوهر المركزي يزحف على السطح
الظاهر للمخ في طول التعاريج الخفية والجوهر الابيض يكون في العادة
شديد الاحتقان او تحتاز فيه كمية عظيمة من الاوعية قال تيدمان لجميع
الاجزاء التي يوجد فيها الجوهر السنجابي متراكبا الى كتل عظيمة في البالغين

كما في ارجل المخ والاجسام المضلعة والطبقات البصرية وغير ذلك رأيت فيها
اوعية اكثر واكبر حجما مما في الاجزاء المركبة من الجوهر النخاعي بعد زمن
الولادة والاجزاء الموافقة للاجسام المضلعة في مخ الجنين مركبة من جوهر
متجانس ايض مع لون محمر وتنفذ فيها اوعية كثيرة غليظة واما المخ فلا يوجد
بين جوهره اختلافات قاطعة في المنظر كما في سن متقدم عن ذلك ولكن يسهل
تمييزهما فيكونان اظهر مما في المخ

وكما تقدم الطفل في السن اخذت الاجزاء المركبة للمخ منظرها وشكلها
وتركيبتها التشريحي اللازم لها مدة باقى الحياة فمن الشهر التاسع من الولادة
الى سنة يكسب الجوهر السنجابي زيادة في القوة الحيوية تنتج يقينا من
التنوعات التي تعرض في تركيبه فيشاهد ظهوره اولا ورديا ثم محمرا ثم اسمر
ثم سنجابيا محمرا ولتنبهك على ان اجزاء الكتلة المخية التي تكون اقرب للنخاع
المستطيل تكون ايضا اكثر قدما في البنية من الاقسام البعيدة عنه وذلك
نتيجة طبيعية لكيفية تركيب الجهاز المخي الشوكي الذي نموه يسير تدريجيا من
النخاع الشوكي الى المخ الحقيقي

فحينئذ الطفل يكون من وقت الولادة الى سنة في حالة تنقل حقيقي بحيث ان هذا
العضو الذي يكاد ان لا يكون في الابتداء الامجد رسم يصل في الشهر التاسع
او السنة من الولادة الى التركيب الخاص بمخ الكبار البالغين وربما نسب لذلك
التنوع العارض في مخ الاطفال كثرة الافات المخية في هذا السن الذي نحن
بصدده ومن المعلوم ايضا ان الاسنان الاول تظهر ايضا في هذا الزمن ونسبوا
لهامن زمن طويل كثرة التشنجات وغيرها من الامراض المخية وكان هذا رأي
بقراط وتسلق القائلون به بنسبته لهذا الطبيب الماهر المكنى بابي الطب
وفحن لانراه وان كان منسوب الى هذا الامام وانما نرى ان السبب الحقيقي للافات
المخية في الاطفال الذين هم في سن التسنين انما هو في المخ لانه لما صار اكل
تركيبا صار اهلا لان يستشعر بالاحساسات والتأثيرات فالتسنين لا يكون
الا احد الاسباب العارضية للامراض المخية والسبب المهيء انما يكون

في التنوع

في التنوع العضوى الذى عرض في المخ وذلك هو الذى يلزم البحث عنه
 ومعالجته وليس المخ وحده هو الذى كابد في السنى الاول التنوعات العضوية
 التى ذكرناها بل مثل ذلك ايضا وظائفه فانها تنمو وتعتظم مع ذلك فيتسلطن المخ
 بذلك شيئا فشيئا على الاعضاء الاخر ويصير اهلا لقبول التشععات الاشتراكية
 التى كان قبل ذلك بعيدا عنها فيصير حقيقته مركزا ومنظما للاحساسات ويمتد
 ذلك التأثير حتى للامراض اذ كثيرا ما نشاهد في الايام الاول من الحياة تغيرات
 عميقة في باطن الاعضاء لا يصحبها شئ من الاعراض الحمية ولا من الاعراض
 العامة ولا السمبأوية المرضية اى الاشتراكية اما في السن الذى ذكرناه
 اى سن التسنين فيكتسب كل شئ شكلا جديدا فالجلى التى تكاد ان لا توجد
 في المولودين الا بعسر شديد تنور هنا من ادى سبب هن ذلك يحصل اضطراب
 وانزعاج وصياح وتشنجات وحركة عصبية عامة يسهل ثورانها مع انها برهية
 وقتية في الاطفال الخارجين عن ذلك السن وقد ظهر من هذه الاعتبارات
 عسر دراسة امراض المخ في الطفولية الاولى واتضح ان سببه هو عدم الكمال
 العضوى في ذلك المخ بحيث انه ليس اهلا لان يكشف لنا العلامات
 والاعراض الخارجة لهذه الدآت واما النخاع الشوكى فيكون اذ ذاك تام
 التركيب وعموده الفقرى اجتاز ايضا جميع ادوار تكونه بكيفية مشابهة له
 تقريرا فالسلسلة تقوم في الاصل على رأى مكمل من ميزاب يبق مفتوحا
 من الخلف زمنا ما وينسد بانضمام صفحتى التتوات الشوكية لبعضهما
 والجمجمة تكون اولامن الباطن غشائية الشكل ويكر ابتداء تعظمهما من
 حوالى النقب القمعدوى ويوجد في مركز عظامها المختلفة نقطة اصلية للتعظم
 تمتد متشعبة نحو دائرة العظام التى حوافها وزواياها تبقى ايضا منفصلة
 في زمن الولادة عن بعضها باجسام غضروفية او غشائية تسمح للقطع المختلفة
 من التجويف الجمجمى بان تتحرك على بعضها بسهولة عظيمة واغشية النخاع
 والمخ يكر تكونها ويوجد فيها الشكل والهيئة اللذان يكونان لها دائما بحيث
 تكون في زمن الولادة متمعة بجميع خواصها الحيوية العضوية ولذلك كانت

امراضها شبيهة من كل وجه بامراض الاغشية المخية في البالغين ويحصل منها اعراض تشبه اعراضها فيهم تقريبا

وهيئة المجموع الوعائي في النخاع الشوكي والمخ تحتاج لانتباه اطباء لان التكررات التي تعرض في الدورة المخية الشوكية قد تكون ناشئة من الهيئة المذكورة لتلك العروق فتوجد اوردة غليظة سمائية شوكية تصعد على طول الاجزاء الجانبية للسلسلة وما عدا ذلك هناك ايضا شبكة وريدية شرهما يرشيه موضوعه بين الام الحافية والوجه الخلفي للجسم القنرات وهناك اوردة اخرى شرهما بويرتن وسماهما بالنخاعية الشوكية وسماهما شوسير بالمتوسطة السلسلية معدة بالاكثر للنخاع ويوجد ايضا خلف الام الحافية طبقة سمكية من منسوج خلوى تكون في الاطفال الصغار مرشحة بحصل مصفر غالبا قوامه يكون احيانا هلامي الشكل فينبغي الاحتراس من جعل ذلك مستنجبا مرضيا والشبكة الوريدية السلسلية تكون دائما محقونة بالدم وذلك ناشئ يقينا من البطيء الذي يحصل في الدورة الوريدية للسلسلة في هذا الزمن من الحياة واما الشرايين فلا يوجد فيها شيء مخصوص

ووجد الطبيب ماچندى في هذه الازمنة الاخيرة بين الام الحنونة والوريقة العنكبوتية المنعطفة عليهما سافة يختلف اتساعها متقطعة كما قال اولفير مسافة سافة بالجمعة صغيرة خفيفة يوجد فيها على الدوام طول الحياة سائل متصل على رأى ماچندى بسائل البطينات المخية لكن انكر ذلك كروفليير كما سيأتى ومن المشاهد ان الام الحنونة التي هي وعائية بلذات عكس العنكبوتية الحالية من الاعوية اخف التصاقا بسطح النخاع والمخ في الاطفال منها في الكبار البالغين وشاهد ايضا ان هذه الام الحنونة للنخاع اكثر خلوية وصلابة من الام الحنونة التي للمخ وشاهد ينشا ان هذا الغشاء يصير اسهل كلما كان البحث فيه انزل الى الاسفل فلاجل ان يؤكد في الاطفال حالة اللين او المتانة للنخاع ينبغي اخلاؤه من الام الحنونة وذلك يفعل بادنى سهولة والمخ والنخاع الشوكي يكابدان مدة الحياة حركات ارتفاع وانخفاض مستدامة

وقد مكثت تلك الحركات للنخاع مجهولة مدة طويلة والذي اشتغل بالاكتر في بيانها هو اولفير حيث قال هنالك ثلاثة اسباب واضحة تحدث الحركة التي تشاهد في جميع طول الغمد القشائي للسلسلة فاولا يصل الاهتزاز للنخاع من فعل التنفس على الدورة في هذا العضو وثانيا من تمدد الاوعية واتساعها عند فيضان الدم وثالثا من وصول فيضان جديد من السائل السلسلي في كل حركة تنفس

الفصل الثاني

في عيوب التكون في المجموع النخاعي الشوكي

وفيه ستة مباحث

المبحث الاول في عيوب النخاع

عرف من هذه العيوب درجات كثيرة من اختلاف في الطول والعرض الى عدمه بالكلية فالعدم الكلي للنخاع يسمى باليونانية اميليا ويظهر انه يكون دائما معصوبا بعدم المخ وذكر مر جاني امثلة كثيرة لفقد المخ والنخاع معا ومثل ذلك ايضا اولفير حيث نبه ايضا على ان معظم الاشخاص المصابين بهذا التشوه كان معهم ايضا آفة الحذبة المسمى اسبنافيدا ومع ذلك لا يستنتج منها ان عدم الاجزاء المحوية تسبب دائما فقد الاجزاء المحوية كما ظن ذلك بعضهم وانما الغالب حصول هذه الموافقة وكون فقد النخاع نتيجة مرض اولي من كونه نتيجة وقوف في النمو

وقد يوجد في النخاع الشوكي تشوه في طرفه العلوي ففي حالة فقد المخ قد توجد الحذبة المخية وقد لا توجد الا في حالة نشأة ابتدائية واحيانا يوجد في الحبل السلسلي اثر انقسامه الى جزئين جانبيين ويختلف ذلك الاثر في العمق او يوجد مقطوعا فجأة في محاذاة الفقرة الرابعة والاطفال المصابون بهذا التشوه لا يعمون وقت انفصالهم من الرحم لان القلب والرئتين اللذين يقبلان تأثير الاعصاب الذاهبة من اللب الفقري او الطرف العلوي للنخاع قد يتمان وظائهما زمنائيا بحيث يحفظان الحياة يوما وبعض ايام وذلك لان هؤلاء

الاطفال يتنفسون ويصيحون ويشربون اللبن بالمص ويردودونه وكثيرا ما شوهده
انفصال الخناخ الشوكي بالفعل الى حبلين جانبيين وربما وجد ذلك مع داء الحذبة
التامة وان كان الجلد سليما في محاذاة تفرق الفقرات وهذا العيب في التكون
لا يمكن معه حصول الحياة المطلقة فالاطفال المصابون به يموتون تقريبا عند
الولادة اولا يوجد فيهم علامة للحياة اصلا وهذا العيب آخر في التكون وهو
ازدواج الخناخ ويوجد بالاكثر في الاجنة المزدوجة وقد يوجد في مركز الخناخ
الشوكي قناة ليست ناتجة الا من الامتداد الميخانيكي الذي يحصل في هذا
العضو من المصل الذي يتراكم في مركز التجاوبف المخية في حالة الاستسقاء المخي
او الاستسقاء السلسلي ومن الامراض الخلقية للخواخ الشوكي تلونه باللون
البرقاني وقد شرح هذا اللون عن قريب لوبستين وسماء كيرونوز وشاهده
في جنينين عمرهما خمسة اشهر ورأى ان هذا الداء مخصوص بالادوار الاولى
من الحياة داخل الرحم وسند كفي مجت البحث البرقان احوالا يستفاد منها من هذا
اللون ان هذا الداء قد يشاهد في ازمة اخرى غير الازمنة التي خصه بها هذا
المشرح الموسقوبني

المبحث الثاني

في اسيفاليا

كلمة يونانية مركبة معناها عدم الرأس فهي حالة معيبة في التكون تقوم من
عدم الطرف العلوي للجسم وهو غير انسيفاليا التي بعدم فيها المخ مع بعض من
الاجزاء الواقعة له واختلف المؤلفون في درجات هذا العيب فمنهم من جعلها فقد
الرأس فقط او مع بعض الاقسام والاعضاء او صيرورة الطفل ككتلة عديمة
الشكل والانتظام لكن من المعلوم ان الرأس لا يفقد الا يفقد معه شيء آخر
من الظاهر او الباطن ثم تارة يوجد في محل الرأس تنوع شافي ومخروطي وتارة
لا يبدل بشيء ومنهم من جعلها فقد الرأس مع فقد جزء آخر من الاجزاء العليا من
الجذع كالجذع العلوي من العنق والعنق كله او ارفع جزء من الصدو والاضلاع
والذراعين واختار بر يشيه اربعة انواع عدم المخ فقط او مع القم او مع الصدر

اومع المعدة والشكل الظاهر لعدبي الرأس يختلف كثيرا والمهم من ذلك قصر الجذع واندغام الحبل السرى في محل اعلى عن محله الاعتيادى وانتفاخ الاجزاء التى تحت الجلد وارتشاحها وان يوجد في الجزء العلوى شبه اثره او حمة محجرة محاطة بشعر فيها فوهة او اكثر توصل غالبا لكيس او تنتهى بجاز غير نافذ ومن تلك الفوهات فوهة توصل احيانا للقناة المعوية والغالب ان الاقدام تتجه اتجاها معيبا نحو فيها الشظية تلتفت الى الاسفل ورأسها الى الانسية وتكون هيئة اصابع اليدين والرجلين غير اعتيادية فتارة تتضمن بعضها بغشاء كاصابع الطيور السابجة وتارة توجد اصابع زائدة والغالب كون هذا المشوه من نوع الاناث وان يكون احد قوائم من اب وام جدى التكون والغالب نزول عدبي الرأس بعد الاجنة الجدى التركيب فكأنهم مقهقرون في النمو ويكون حبلهم السرى قصيرا غليظا مترشحا من جلاتين ورتون وان لا توجد الامشجة واحدة للجنينين واما الرأس فيعدم وحده اومع ما ذكرناه واما عدم البطن كله فلم يشاهد لانه محل اندغام الحبل فهو اول جزء من البدن واصل لبقية الشخص ويحتوى على الجزء النافع للنمو حتى الغيرة الاعتيادى ويعلم من تعلق الرجلين بالبطن ندرة فقد هما وان شوهد احيانا وجود رجل واحدة وقد تكونان مقطوعتين

واما الصفات التى في التركيب فكثيرة وعظيمة الاهتمام ولذا كرها بالاختصار على حسب الاجهزة والمجاميع فاولا المجموع العصبى قد يعدم معظمه فقد اتفق ان كلار لم يجد اثرا للمجور الخى الشوكى ولا للأعصاب المحتوى عليها واما العصب الحشوى الثلاثى فلا يعدم اصلا لان الظاهر نموه نمو اذا تباعد الشرايين والشرايين لا تعدم اصلا فهو مثلها ففي جنينين شرتهما بتشديد الرء بلندن كان هذا العصب زائد النمو مع ان الجزء العلوى من العنق كان معدوما كالعقدة العنقية العليا واما المتوسطة فكانت في محلها الاعتيادى غير انه ذهب منها خيط غليظ اخذ في الدقة حتى فنى في الطرف العلوى اى الذراع المقطوع من الجنين والغالب ان يوجد جزء من النخاع مناسب في الطول

للجزء النامي من السلسلة وكثيرا ما يدل هذا الجزء بسائل تفتى فيه الاطراف
السائبة للأعصاب واحيانا يتقذف الحبيب المحتوى عليه الى الخارج فيوجد
المرض المسمى اسبنافيدا اى انفصال الفقرات وثانيا العظام تكون اقل
كاملا وانتظاما في النمو كلما كان المجموع العصبي اقل كما لا ايضا وعظام الرأس
تعدم دائما ويوجد دائما في الحلة التي ينتهي بها الجنين من الاعلى قطع عظمية
غير طبيعية خالصة او متصلة بالجزء العلوى من السلسلة واعتبرت هذه اصولا
لعظام الرأس وشوهد انضمام رأس القص برأس السلسلة وارتفع في محل
هذا الانضمام تنوخ ووطى شبهه جيوفريه بالعصص وشبه هذا المشرح
الماهر العصص بالرأس واثبت ان كلا منهما مركب من قطع رئيسة متماثلة
فيهما وانما بقيت تلك القطع في احدهما اصولا نشئية بسبب عدم كمال جزء
المجموع العصبي المجاور لها واما في الآخر فبالعكس ولا يخفى رجحان هذه
المشابهة اذ يوضحها كون الرأس على شكل عصص في عديم الرأس ومن
الواضح ان المجموع العظمي يكابد آفات ايضا فالسلسلة يكون طولها مناسب
للجزء الموجود من البدن فقد تعدم بالكلية وقد نصير قطعها تابعة للعجز
والعصص وقد تنحني الى الامام وهذه حالة ليست عظيمة الاهتمام لان هذا
التقوس من صفاتها الاعتيادية مدة الحياة داخل الرحم بل وفي زمن الولادة
فعدم الرأس الذي انقطعت حياته في هذا الزمن يلزم ان يكون على هذا
الشكل وكثيرا ما تنفصل الفقرات على الخط المتوسط الى اقواس جانبية وتلك
هيئة من صفات الداء المسمى اسبنافيدا واما الحوض فيندر كونه معيبا ومع
ذلك شوهد منفصلا الى جزئين من الامام في محاذاة ارتفاق العانة او من الخلف
على جانب العجز وشوهد فقد احدى الحرقنتين او تشوهه مع العجز ونالنا
المجموع العضلي يرجع الى بعض عضلات متتعة اللون رخوة يكون مقدارها
على حسب كمال النخاع فاحيانا لا يكشف اثر للعضلات وقد لا يوجد الاطرافها
الوترية المندغمة في العظام ويبدل الجزء اللحمي منها بمنسوج خلوي مترشح
بالمصل ورابعها لا يوجد من اعضاء الحواس ما هو مستظم تام التركيب الاعضو

اللمس وخامساً لاتنقد القناة الهضمية كلها وتوضح ذلك هو ان الحوصلة
 السرية هي اصل البذرة ومنشأها وهي تنسها اصل المعافجزة القناة الادوم
 هو المحوى في تجويف البطن فالغالب وجدان المعاف في حبل الحبل السرى
 وذلك امر اتضح عن قريب في نمو هذا العضو وهو ان المعاف والحوصلة المجهزة له
 يوجدان في الازمنة الاول من الحياة داخل الرحم في الحبل والادوم وجودا
 هو الجزء السفلى الذى يصح ان يسمى بالاربى والغالب انتهؤه في المشانة
 او مجرى البول او المهبل فتارة يكون كحاجز غير نافذ وتارة يتفهم بهذه القنوات
 او المستودعات وقد يوجد جدد تقطع في المعاف والغالب كون ذلك في النصف العلوى
 ويكون ذلك التقطع وحيدا او متعددا والطرفان المنسدان من المعاف قد
 يتجاوران وينضممان بواسطة خيط خلوى وقد يكون القطع تاما وظن بكلا
 ان هذه التقطعات المعوية تحصل من انسداد مرضى في المعاف ورأى بلندن
 خلاف ذلك وهو انه في الابتداء اصلية طبيعية وان دوامها انما هو من وقوف
 النمو لانه يقرب للعقل ان الامعاء ككثير من الاعضاء وسيا العظام تتكون من
 قطع متعددة متميزة عن بعضها في الابتداء ثم تنضم عند تمام نموها ويوجد
 في الامعاء زوائد ومعلقات عديدة والمعلقة الاعورية توجد غالبا وقد تعدد
 ولا تحتوى الامعاء الا على جوهر لطيف فيه بعض تعفن ويختلف عن العقي
 الاعتيادى وقد شوهد فيها مادة شبيهة باللبن المتجدد وشوهد فيها عقي متجدد
 وارتباط هذه الامعاء بالمسايق لا يتخلف الا نادرا وقد علم مما ذكرنا ان القناة
 المعوية تكون منسدة من الاعلى ومن الاسفل او من الاعلى فقط والغالب
 توافق عدم الشرج مع عدم العضلة العاصرة له وذلك ربما كان مانعا للجراح
 من فعل شرج صناعى في المحل الذى يشغله الشرج الطبيعى لانه على فرض
 سهولة العملية لا يحصل منها الا ناصور حقيقى يسيل منه على الدوام المواد التى
 لا ينأت للمريض امساكها والكبد تعدد دائما واماد عوى مشاهدتها فيقرب
 للعقل اشتباهاها بالكلية البقي واذا وجدت كانت اكثر فصوصا من
 العادة والمرارة لاتظهر اصلا وادعى بعضهم مشاهدة الطحال والباقرياس

والغالب عدم وجودهما رأساً وسادسا اعضاء التبول والتناسل لاتعدم
 كلها فتوجد الكليتان غالباً وقد ينضمآن الى كلية واحدة امام السلسلة ولكن
 تكون فصوصها اكثر من الحالة المنتظمة والمثانة ادوم في الوجدان من
 الكليتين وتكون طويلة وليس لها قعر وتظهر في سمك الحبل السرى وقد
 يعدم منها جدارها المقدم ويجرى البول وفي الحالة الاولى يلتف جدارها
 الخلفي من الظاهر على شكل حلقة فيبرز الى الخارج بين العاتين المنضجتين
 او في القسم الخلفي على مسير الخط الابيض الذي يكون من الاسفل غير تام
 ويسمى ذلك اكستروفيا المثانة اي بروزها الى الخارج وقد ذكرنا ذلك في امراض
 اعضاء البول وسابعا اعضاء التناسل الباطنة اكثر وجودا من الظاهرة
 والغالب كونها غير تامة بحيث يعسر ان يعين منها نوع الذكورة او الانوثة
 ويقال ان الاكثر في عديمي الرأس وجدان اعضاء الاناث لكن ذلك غير يقيني
 اذ يمكن كونها اعضاء الذكور غير انها ليست تامة الكمال بل اعترها وقوف
 في النمو ويؤيد الاول ما ذكر عن مرجاني وذكرناه اول المبحث من ان الغالب
 وجدان الاناث وثامنا لا توجد الرئتان حتى فيمن تكون صدورهم
 في غاية التركيب ويوجد في موضعهما منسوج خلوي مرشح بالمصل وتاسعا
 يوجد في المجموع الوعائي معارضات متضادة فالقلب منه لا يوجد رأساً
 والاوعية قد تتكون بدونه فيسير الدم بدون قلب بل بفعل الشرايين والاوردة
 فتكون دورة الدم غير متعلقة بالقلب كما قد تحصل في كثير من الحيوانات
 الخالية عنه كالعلق والبيدان والحيوانات المتشعبة ولا يخفى ان ذلك يخالف
 قول هالير ان جميع نموات الجنين متعلقة بضربات القلب وان القلب قبل النمو
 الحيوي يجهز العصارات المغذية لجميع اجزاء البذرة وهو الذي يفصل البذرة
 من المبيض ويحملها في البوق الرحمي واما في زمن النمو الحيوي فان الطف جزء
 من المنى وهو المسمى بالخيار المتوى ينه قلب البذرة ويحركه فعلى مقتضى
 هذا البيان الذي ذكره يتكون القلب كله قبل جميع الاعضاء الاخر للجنين
 ولا يمكن ان يحوي عضو قبله ابداً ولا يتبدأ الحياة في الجسم الا اذا ضرب القلب

ضرر بانه فجميع الاعوية والعروق تظهر وتنمو من اندفاعاته فعلى كلامه لا يمكن وجود كائن بدون قلب لما انه هو اساس الحياة وسبب جميع الحركات العضوية ويلزم على رايه ايضا ان يوجد القلب دائما ومعه العروق لانه يجهز لها دورة العصارة المغذية فاذا تخيل ان القلب لم يوجد فماذا كان الامن غلط في الابصار ناشئ من شفافية هذا العضو والا فوجوده محقق عنده مع ان هالير خسه ذكر بعض امثلة لاجنة خالين من القلب ووضع هذا العيب بقوله ان غيبوبة القلب كانت اولية وان الاجنة قبلوا الدم حينئذ من اوعية الرحم وسر جمع لذلك قريبا فالاعوية وان وجدت تختلف والقلب يعدم غالبا وربما يستثنى من ذلك شئ واما الامثلة الدالة على وجوده فتبعد صحتها او قل ان الاجنة الذين زعموا وجوده فيهم انما كانوا من عديمي المخ فقط ويقوى ذلك اشتباه عديم المخ بعديم الرأس عند كثير من الاطباء ومع ذلك عندنا مثال محقق لوجود القلب في عديم الرأس وذكره سير وكثيرا ما وجد في محل القلب من الصدر امام السلسلة المتفاح وعانى مشابة للعرق الظهري في الحشرات ثم ان المجموع الوعائي لعديم الرأس يوجد فيه دائما اختلافات كثيرة في الهيئة الى نهايتها في المجموع الشعري فقد شوهد شريان سرى واحد في الحبييل وشوهدت احيانا اوعية بحيث لم يميز منها الحاملة من القابلة وعاشرا المنسوج الخلوي **يكون** اينارخوا مندى في جميع المحال بمقدار عظيم من السائل المصلي

حيوية عديمي الرأس كثيرا ما يعلم من عدم كمال الاعضاء في عديمي الرأس عدم امكان قبول الحياة مع انه ثبت بالمشاهدة قبوا لهم لها فبعضهم مارس حركات عند ولادته واضطر لتقديم معظمهم لثدى المراضع فتوهم وان كان غير طبيعي الا انه لا يمكن توضيحه الا بالحياة وهي فيهم قصيرة جدا بحيث لا يمكن ان تبقى زيادة عن زمن الولادة فان المولود لا يعيش الا بشرط دخول الهواء في الرئتين حيث **يكا**بد الدم فيهما تنوعات مهمة مع ان الرئتين تعدمان في عديم الرأس فلا يمكن ان يعيش في الهواء الخالص وذلك عكس ما يكون مدة

الحياة داخل الرحم لان الجنين في الرحم يعيش بحياة بتيبة اى ولديه قشور هاته
التي تكون في اعضاء وظائفه مهما كان عظمها ومناسبتها الخارجية لا تمنع
امكان حياته لانه يحتوى على الاعضاء الاصلية للتغذية الحقيقية وهى الاوعية
فانما نشاهد فيه دائما فكما تكون هى المغذية للنباتات والحيوانات الصغيرة
التي هى من ادنى رتبة تكون ايضا كذلك فى عديمى الرأس اما فى الحيوانات
الاعلى فى الرتبة فلا يكون المجموع الوعائى ممتعا بهذه الخصوصية الامدة
الحياة الرمية فالاعضاء الكثيرة التامة النمو الموضوعة خارج الاوعية
انما جهزت لاجل الحياة الخارجية وبقيت بالنظر لتغذية الجنين فى حالة خلود
تام معروف عوما عند الفسيولوجيين ما عدا القناة الهضمية والكبد فانهما
مستثنيان من هذا القانون العام لان الظاهر ان ايهما فى الجنين عملا
مخصوصا

فالاوعية فى عديمى الرأس مع كثرة تشوهات مجموعهم الوعائى هى التى تقبل
الدم كما فى غيرهم من جميع اجزاء الجسم وتوصل جزءا منه نحو المشيمة فيحصل
فيه تضخم تنفسى ويرجع دائما متغذيا للمواد المغذية التى رست بها اوعية الام
فى خلايا الوجه الرسمى فجميع عديمى المخ لهم اوعية سرية معطية وقابلة
والمشيمة فيهم تأخذ من الشرايين دما يرجع بعد ذلك الى الجنين متنوعا
كفى الاحوال الاعتيادية ومن حيث ان الشرايين والاوردة توجد دائما
منضجة ببعضها بواسطة تفهمات فى الصدر يكون من الواضح ان الدم يمر من
احدها للآخر بقى علينا ان نبين كيف تحصل الدورة بدون قلب فظن مبرى
ان دورة الجنين تكون تحت تأثير قلب الام مباشرة وبذلك يسهل توضيح الدورة
فى عديمى الرأس ولكن لفائدة الآن فى الاشتغال بالاثبات هنا التوضيح
الباطل المستند على اساس باطل وانما نكتفى بان نقول ان الدورة فى الجنين الجيد
التكون تحصل جيدا فى الادوار الاولى من الحياة فى زمن لم يكن القلب
موجودا فيه وحينئذ يسهل ان يدرك كيف تدوم تلك الحالة الفسيولوجية
فى الحالة التى حصل فيها وقوف للتكون لان القلب امان يكون باقيا فى حالة

نشأة اولم يتكون اصلانها يه ان الدورة في عديم الرأس تحصل بعسر ومن ذلك يحصل ما ذكرناه من الترشحات الخلوية والرخاوة في الاعضاء وذلك الامر اعنى الدورة في المشوه الحال من القلب مختلف بالكلية لرأى من يظن ان الاوعية لا عمل لها في الدورة

فذلك هو ما تراه في كيفية الدورة في عديمي الرأس وهناك توضيحات اخر لاغير هذا الطبيب فالطبيب بويل اسس رأيه على مشاهدة جنين حيث لم يجد في حبيله السرى الا الوريد السرى فقال ان جميع دم الوريد المذكور مستعمل في عديمي الرأس للتغذية ولا يرجع منه شئ للمشيمة ووزلوف لما لم يشاهد في الخبيل الا الشرايين ولم يشاهد اوردة قال في دم الشرايين كما قال بويل في دم الوريد وذكرا ان عدم رجوع الدم هو السبب لترشح المنسوج الخلوى وظن مونزو ان الوريد السرى يقوم مقام الوريد في طرفه المشي وبافضامه مع دورة بقية الجسم بطرفه الجنين يقوم مقام الشرايين اذا الامر بالعكس في كون الشرايين تتم وظائفها الاعتيادية في المشيمة والاوردة تتم وظائفها الاعتيادية في جسم الجنين ولكن نقض هذا الرأى سهل اذ كيف يمكن ان اوردة الجسم التي هي نوابع للوريد السرى تحمل الدم من المركز الى الدائرة مع وجود صماماتها التي لا يخفى ~~تكون~~ كونها هذا غير ممكن اصلا وظن تيدمان مع وزلوف ان الشرايين السرية تحمل لا ورطى الجنين دم المشيمة ثم ان هذا الدم يتوزع في جميع الجسم وبهذ ذلك يرجع جزء منه في المشيمة بواسطة الوريد السرى وهذا التوضيح بديع لكن لا يتيسر لنا اختياره وذلك لانه وان عرف منه بالضبط كيف يتكون باعتبار الاصل عديم الرأس كما سيأتى لنا الا انه يعارض اختيار الجنين الذي يوجد في حبيله ومشيمته شرايين واوردة مع جميع احوالها الاعتيادية بالنظر للتركيب بل وبالنظر للهيمته الظاهرة غالباً تنقلب فيه الدورة فلا وعية التي تكون في العادة حاملة تصير قابله والقابلة حاملة وايضا الوريد السرى في عديمي الرأس يبعد ان يكون بحيث يتم في المشيمة وظيفة الاخذ والقبول الذي نسبمه تيدمان وذلك لان عديم الرأس

الذي ذكره دسول ورسم صورته بكلار في رسالته كان وريده السري منتهيا
 في الصافن العظيم من الجانب الايمن ومن المحقق ان هذا الوريد لم يمكنه
 ان يحمل للمشجة الدم الصافن الا نسي لهذا الطرف ما لم يفرض ان دم
 باقي الجسم يتجه نحو الصافن المذكور وذلك القرض يسعده ادنى تأمل
 خصوصا اذا اعتبرت هيئة الصمامات المائلة للارودة وفي بعض الاحوال وجد
 كما قالوا وريد سري متفرع في كثير من الاعضاء وشريان سري متصل
 بالاورطى ولم يوجد الاجوفان فالدورة حينئذ تفعل ايضا بالاتجاه المذكور
 وانما الوريد السري يوزع الدم في اعضاء كثيرة ثم بواسطة بعض تفمعات يصب
 في الاورطى جزأ من الدم الذي كان حامله لجزء منه في باقي الاعضاء وجزء
 في المشجة بواسطة الشريان السري واما رجوع الدم الى خارج الاعضاء
 فلا يحصل اصلا ومن ذلك يحصل الترشع الذي ذكرناه ولا يستغرب التوزيع
 الشرياني من الوريد السري في كثير من اعضاء بعض عديمي الرأس لان ذلك
 يحصل في الحالة الطبيعية بالنظر لفص الايسر من الكبد وبالاختصار من
 الواضح جدا في بعض عديمي الرأس كالذى في مشاهدة بويول حيث لم يوجد
 الوريد السري ولم يوجد شريان اصلا ان هذا الوعاء لا يكون بالنظر للجنين
 الاحملا لا قابلا آخذا على رأى تبيد مان

وهناك ايضا وظيفة تتمها عديمو الرأس كما تتمها الجنين الجيد التكون وهي
 التنفيس المائى الذى عضوه هو الجلد واما المنوع المؤثر عليه وعلى الدم السائر
 في الدورة فهو غاز قابل للتنفس محلول في ماء الامنيوس وكشفه عن قريب
 لاسينيوا احد الشبان الحذاق الكيماويين وهو تنفيس حقيقى جلدى منعنا من
 رد قبوله مشابهة الجنين لغيره اذ ذلك ثابت في بعض الهوام

اسباب عدم الرأس * اختلف آراء الناس في ذلك فلم تقدمين آراء مضيفة
 ومذاهب غريبة غير مقبولة الا نكالا متراجا الغير المنتظم اللطف وتأثير
 الكواكب وغير ذلك من الخرافات وللعمامة في ذلك توهمات ايضا مثل تأثر
 الفكر بمشاهدة مرميات بشعة قبجة المنظر ولا حاجة للاستغفال بردهذه

الآراء وللمؤلفين آراء اخر ففسبه ونزلوف وجال واسبرزيم وغيرهم لعب اصلي
 في النطف وليكات وسندفور ومعظم المتأخرين لسبب عارضى اما الاول من
 هذين السببين فغير مقبول الآن وذلك اولاً لان من المستغرب ان تلقى
 واحداً وقتها لنطفين في امرأة واحدة يجعل احدهما جيد التكون والاخر
 ردى التكون وثانياً كيف يوجد غالباً بل دائماً بقايا رأس واذرعة وغير ذلك
 في اجنة كانوا اولاً خالين من هذه الاجزاء ومن المتعصمين للأسباب
 العارضية المتأخرة بكلار فقال ان عدم الرأس ينتج في الاصل من مرض في المخ
 اوفى جزء من النخاع يختلف عظمه فن ذلك تفسد تلك الاعضاء ووطن هذا الماهر
 ان الاعصاب بعد هذا الفساد المخي لا تتكون اصلاً وتبع ذلك ايضا الاعضاء التي
 تنوزع فيها تلك الاعصاب ولكن هنا غلط بالنظر لان نظام نمو المجموع العصبي
 اوقع هذا المشرح الماهر في تخيلات كاذبة لسبب هذه الآفة لان الاعصاب
 تتكون قبل المركز المخي الشوكي فساد المخ لا يمنع نموها لانها كانت مكونة قبل
 ان يوجد مع ان بكلار المذكور في آخر ازمنة حياته عرف هذا الغلط
 ورفض هذا الرأي والطبيب سبراجته في وضع عدم الرأس بعدم نمو شرايينه
 واعتراض ذلك بان النتيجة هنا اخذت سبباً لان الاوعية انما تبدأ في الاعضاء
 ومنها تمتد حتى تنضم ببعضها ويتكون منها مجموع وذلك يفيد ان الاعضاء
 تكون ارفقت قبل ذلك ارتساماً تاماً فاذا فقدت الاوعية الرأسية في عديم
 الرأس فذلك انما هو لعدم نمو الرأس الذي تنوزع فيه واعتبر شوسير ومكيل
 وتيديدان وغيرهم هذه الحبال ناشئة من وقوف النور لكن بدون ان يذكر
 الاسباب الاولى لهذا الوقوف قال بلندن وهذا الرأي هو الذي نختاره
 ونكتفي به في جميع الاحوال وهو مقنع للعقل وتؤيده المشاهدات الجديدة
 الصحيحة في النمو الجنيني للاعضاء ويطول بنا الجمال لو ذكرنا جميع الامور
 الواقعية المقوية لهذا الرأي وانما نكتفي بذلك واحد فقط وهو ان
 الجنين يبدأ من الجوصلة السرية وان الجزء الذي يتكون اولاً من جسمه
 هو المعاء والتجويف المحتوى عليه فاذا وقف نمو هذا الكائن بقي مكوناً من

البطن والمعالا غير فيكون من الاجنة العديمي الرأس الذين هم في غاية النقص
وهكذا فذلك ثبت ان وقوف النمو هو السبب القريب الكافي لعديمي الرأس
ثم قد يقال هذا لا يكفي لايضاح جميع التشوهات التي توجد في الاجنة المصايف
بهذا العيب فمثلا كيف يوضع بذلك اتشاء الوريد السرى في الصايف الامين
او في الكلية اليمنى في بعض المشاهدات وقد اشتغل جيوفرويه احدى المتسكين
بهذا الرأي بالبحث على التأثيرات التي تنفج في الجنين اختلاطا وخروجا عن الحالة
الاعتيادية فاستنتج بعد ابحاث وتجربيات كثيرة ان الالتصاقات الغير
الاعتيادية الحاصلة بين الجنين والبذرة تنفج التشوهات وسببا عدم الرأس
ووصل بتجربياته الصناعية على البذرات لجملة انواع من التشوهات بوضعها
في احوال مختلفة استدعتها التجربة ثم لاشك ان التأثيرات النفسانية القوية
والضغط المستدام على البطن لاختفاء الحمل مثلا والامراض المختلفة للمسيمة
جميع ذلك يتعب الدورة الجنينية او يمنع الاتصال الخالص بين الام والجنين
فيكون قابلا لان ينفج العيب الذي نحن بصدده وهو عدم الرأس ومن اطلع
على المشاهدات التي ذكرها المؤلفون لم يشك في ذلك

المبحث الثالث

في انسيفاليا (عدم المخ)

كلمة يونانية معناها عدم المخ وهو عيب في التكون صفاته الذاتية هي الفقد
التام او الغير التام للجزء المخي من الرأس فهو يختلف عن العيب السابق المسمى
انسيفاليا اعني عدم الرأس في درجة تغير الطرف العلوى من الجذع ففي الاول
اعني انسيفاليا يكون محل العيب في داخل الجمجمة وحدها او الجمجمة
مع السلسلة بخلافه في الثاني فانه يكون في الرأس كله مع غيره ثم ان
لهذا التشوه انواعا قال بليار يصح ان تعتبر اقسامه من ضمور النصفين الخمين
الذي يوجد احيانا في البله المعتوهين الى الفقد التام للكتلة الخمية وقد شاهدت
درجات كثيرة منه انتهى والانواع المشهورة لهذا العيب خمسة كما قال
جيوفرويه الاول ان يعدم المخ بالكلية وتبقى قطع قبوة الجمجمة منفصلة على

الخط المتوسط وفي حالة نشأة أصلية وتنحرف الى الخارج وتقلب الى الاسفل وهذا هو الانسيفاليا الحقيقية الشئ ان يوجد سائل كثير او قليل يحوي في اغشية المخ فيكون في محل هذا العضو الذي لا يتأهله اثر اصلا ما لم يعد هذا السائل نشأة مخية او مخا في حالة نشئية وسمى ذلك جيوفروه ستنسيفاليا اي المخ الحوصلي او الثالث ان تظهر بعض اجزاء من المخ على قاعدة الجمجمة المشوهة التكون او في الجزء العلوى من القناة القصرية حيث اندفع نحو هذا العضو وسمى ذلك ديرنسيفاليا اي المخ الرقبى الرابع ان يكون المخ كله متكونا ويمكن معرفة جميع اجزائه الا انه يكون موضوعا خارج الجمجمة ومحو لا على شبه عنيق نافذ من قبة هذه للعبة المخية المثقوبة ثقب بسبب عدم كمال في نموها وسمى ذلك جيوفروه بودنسيفاليا اعنى المخ ذا العنق الخامس ان يكون المخ في حجمه الاعتيادي وكما له كالذي قبله غير ان جزءا منه موضوع خارج الجمجمة نافذ من تباعد نصفي القعدة عن بعضها فاتجه نحو القسم الظهري تحت الجلد والاجزاء السائرة للعظم وسمى ذلك جيوفروه فوتنسيفاليا اي المخ الظهري

واكثر المصابين بهذا العيب هم الاجنة الاناث كما وافق على ذلك مر جاني وميكل وسمنج وغيرهم ورأى آخرون ومنهم يرشيه ان نسبة الاناث المصابات بذلك للذكور اقل جدا في الانسيفاليا من النسبة بينهما في الاسيفاليا والمصابون بهذا الداء يكونون كالذي قبله من نواتم الاجنة الجيدة التركيب والهيئة الظاهرة لعدى المخ او مشوهيه لمخية الاهتمام وسما الرأس فانه يوجد فيه تنوعات عظيمة واحيانا يشاركه في التشوه الجزء الظهري من الجذع بخلاف الاطراف فانها تكون للحالة الاعتيادية واما العضلات فتمفظ غالبا متاثرها الاعتيادية وتكون مستديرة الشكل تشبه اشكال ما في الجنين الجيد التكون وذكر بر يشيه ان بعض هذه الاجنة يوجد معه نمو عظيم في مجموعته الدهني في بعض اقسام من الجسم ويوضح ذلك بنقص القوة المكونة في الاجزاء المخية وانتقالها لتلك الحال

ورأس هؤلاء الاجنة يكون مقلوبا الى الخلف نحو القفا وكأنه منخسف بين
 المنكبين فتارة يكون حجمه اكبر من الحالة المنتظمة وتارة اصغر وقد يكون
 على شكل قرعة عنقها المتوسط يحاذي محل فتق الاجزاء المحوية في الجمجمة
 وخروجها نافذة من فتحة فيها ثم في هذه الاحوال تارة يتسلطن الجزء المقدم
 من الرأس بزيادة حجمه وتارة يتسلطن الجزء المقابل له ويكون النصف السفلي
 من الوجه ابرز من العادة الا انه يحفظ اتجاهه الاعيادي وعكس ذلك يحصل
 في الجزء العلوي من هذا القسم فانه بانجذابه الى الخلف بالجمجمة المتعلق
 هو بها ينخفض في هذا الاتجاه وحيانا يصير اقويا والانب يسكون مفرطحا
 ومنفصلا اصله قليلا عن الجبهة والاعين تبرز جدا ويتكون منها ارفع جزء
 من الرأس وتجه الى الاعلى بحيث يقرّب من اعين بعض الاسماك وحيانا
 يعدم الحاجبان وحيانا اخلاية صلان عن شعر الرأس الابمسافة صغيرة جدا
 وصيوان الاذن كثيرا ما يتجه نحو المنكب الى الاسفل والخارج والجبهة وقبة
 الرأس يذهب ان الى الخلف ثم تارة يكون جلد الجمجمة جيدا التكون وفيه الشعر
 كالحالة المنتظمة وتارة يفقد من خلف الجمجمة واعلاها ويوجد بدله غشاء احر
 كثير الاوعية يرتفع عليه في بعض محال مرتفعات فطرية كثيرة الاوعية ايضا
 او ايكاس مملوءة بخلط مجر وحيانا يوجد في هذا الغشاء فتحات تتهب بسد غير
 نافذ ورقبة هذه الاجنة قصيرة مخفية الى الخلف فتكاد ان تعدم من تلك الجهة
 اما من الامام فتكون في غاية الظهور والبروز وتفرطح رأس بعض
 هؤلاء الاجنة يوضح الخرافات التي اشتهرت من ولادة بعض النساء هوام
 او اسماك

واهم الصفات هو التكون الباطن للرأس لان هذا الجزء الخفي من الجذع
 هو الذي يوجد في تركيبه الآتي وحده تنوعات ولذلك يختلف هذا العيب
 الذي نحن بصدده عن عيب عديم الرأس بكونه لا يوجد معه عيب ولا تشوه
 في الاحشاء الصدرية ولا البطنية واجزاء الوجه عموما تكون جيدة التكون
 بآلة نظام وانما يكون لها اتجاه مخصوص وهو الذي ذكرناه بخلاف الجمجمة

فاتها تكابد في جدرانها والاجزاء المحتوية عليها تغيرات غريبة فالعلبة
العظمية الجمجمة تكون غير تامة وسيما نحو القبوة فيصح ان يقال عموما ان
هذا الجزء يبقى في حالة سفل من النمو واما قاعدتها فيكون فيها النمو
الاعتيادي تقريبا يصح ان نقول في حلة ذلك كما قال بعض المشرحين ان
قاعدة الجمجمة يبكر ظهورها وتكون فيها قبل القبوة فتكونها كمال قبل
ان يقف نمو الباقي من الجمجمة وقبوة الجمجمة تكون دائما متفرعة فرعين
او مكونة من قطع منفصلة عن بعضها على الخط المتوسط ثم تارة يمتد
هذا التفرع المزدوج الى الانف والثقب القمعدوى وتارة يكون مقصورا
على القمعدوة والقمة او على القمعدوة وحدها ويندر ان يشاهد في الجدارين
قطر واندر من ذلك في الجهة وحدها ومن النادر ايضا ان توجد قاعدة
الجمجمة مشقوقة واعجب ما شوهد من ذلك امتشاق جزء من المخ في البلعوم
وتلك العيوب في الجمجمة تقوم من عدم انضمام الاجزاء التي تكون في الارض
الاول من الحياة منفصلة ويسهل ان يعرف في قاعدة الجمجمة الثقوب التي
تدخل فيها الاعصاب والاوعية

وحالة المخ تختلف جدا وتغيره يكون اكثر من تغير القطع العظمية الجمجمة
وذلك لاختلافهما في الوظائف فعظام قاعدة الجمجمة لها منفعتان حفظها
للمخ واعانتها على تكوين دوائر التجايف المخصوصة باعضاء الحواس
فاذا عدم المخ جازان لا ينمو الجزء العلوى من الجمجمة او يبقى في حالة نشئية
واما ظهور الجزء السفلى فقهرى الا انه لا يكون فيه استعداد لان يتكون
منه من الاعلى تجويف يقبل الانطباع والتأثير او انما يصير محدا في تلك الجهة
واما الاحوال المتقدم فيها هذا العيب اى التي هي من النوع الاول فالمخ يعدم
فيها بالكلية كالمرآة العصبية الجمجمة والنخاع ينتهى اسفل عن مجازاة
الجمجمة بالحالة التي سنذكرها في الحقيقة لا يوجد تجويف جمجمى
وانما ينسد بخيوط كثيرة أو أجنة آتية من المنسوج الخلوى المحمر ونعرف جيدا
العنكبوتية والام الحنونة وتضيقان في انشاء الالفة السابقة التي يكون معها شئ

منهما يقيناً لانه يشاهد قناء اصول الاعصاب فيما ينهار بمناهل مشاهدة الام
 الجافية في قاعدة الجمجمة ~~وال~~ كنهها نعدم في حواف اتصال عظام القبة
 وتلتصق في محاذ ذلك بالغشاء المحر الفطري الذي يكون دائماً عوضاً عن الجلد
 في هذه الحالة وفي النوع الثاني من عديم الملح الذي هو الملح الحوصلي او المشافي
 عند جيوفروه لا يوجد اثر للدماغ وانما يوجد في محله سائل مصلي متكرر
 تختلف كثرتة ويكون محوياً في اغشية الدماغ كما هو واضح وتتضمن تلك
 الاغشية بالجلد وقد موضوعة عليه مباشرة ووجد الطيب كبن حالة من
 هذا النوع ابدل فيها الملح بجملة تيدان حوصلية واكليس منسجمة الى عنقودين
 والاعظم من هذه الديدان كان في حجم بندقة ومنها ما يكبد يبلغ رأس دبوس
 ويقرب للعقل ان هذين العنقودين الديدانين انما هما الضفيران المشيمتان
 اللتان يتكون فيهما كما هو معلوم الديدان الحوصلية وفي النوع الثالث
 اعني الملح الرقي عند جيوفروه يوجد على قاعدة الجمجمة بعض بقايا من الدماغ
 مغطاة بسائل مصلي يمد اغشية ذلك الدماغ فتارة كما شاهد بكلاريو جد جميع
 البصلة العليا للخناق والساقان الخيمان المنتهيان باتفاخ او بصله وتارة كما شاهد
 غيره توجد الطبقتان البصريتان والجسمان المضلعان والحيدات التوهميت
 الاربع والجسم المحروطي اعني الغدة النخامية والبطينات الجانبية والمتوسطة
 المتسعة جداً والخنج الرخو وتكون هذه الكتلة كلها احمرافطرية من الاعلى
 وسائبة من الخارج وتارة يظهر ان الملح موجود كله ولكنه صغير ضامر فطري
 ويكون منضغطاً على قاعدة الجمجمة او يسرى الانضغاط الى الجزء العنقي
 من القنطرة الفقرية المنفصلة الى جزء من اتصال واسعاً واما الانواع الاخر
 اعني الخني العنقي والخني الظهري عند جيوفروه فان الملح فيها يوجد ايضا تماماً
 ولكن لا يبقى في التجويف الجمجمي الشوكي وانما ينتقل الى الخارج فتارة
 ينتفق كله وحينئذ يكون محمولا على ساق لوعنق مكون من الجزء
 العلوي للخناق وتارة ينتفق جزء منه في الحالة الاولى فيجذب الملح المتفق غالباً
 الى الخلف بواسطة قله واحياناً يتقدم حتى يصل الى تحت جلد الظهر ويوجد

مع المخ في هذه الفتوق العظمية مقدار من المصل وتكون ايكاسها دائما من اغشية
الدماغ ومتوترة منضغطة مغطاة بالجلد والطبقة المجللة العامة

واصول الاعصاب الجمعية لها خصوصية مهمة فبعضهم ذكر انها تكون
غليظة جدا في طرفها الجمعية قال بلندن وعندي يقين على حسب
مشاهداتي ان ذلك غير لازم واقله انه اعلى فاني وجدت في الاثنين اللذين
شترحتهما ضامرة بحيث وجعت الى مجرد غلافها العصبي وذهبت حتى
فנית في المنسوج الخلوي الموجود في قاعدة الجمجمة فاذا وجد مسائل في محل
المخ يقال ان اصول الاعصاب توجد سابعة فيه ولكن مشاهدات جيوفرو
لا تطابق هذه الامور الواقعية واذا كانت المراکز العصبية موجودة انجهدت
الاعصاب الزائفة نحوها والاوعية الشريانية والوريدية الجمعية تكون
قليلة النمو ولكنها توجد يقينا وتفرع في اغشية المخ وفي المخ نفسه وفي المنسوج
الخلوي الشاغل محله

والقناة الفقرية يوجد فيها غالباً تنوعات فالسلسلة قد تكون منشقة تارة
في العنق فقط وتارة في العنق والظهر معا ونادرا في جميع طولها والصفايح
الفقرية المنشقة تكون دائما منقذفة الى الخارج كما يحصل ذلك في عظام قبة
الجمجمة واحيانا يعدم النخاع بالكلية سواء كله او من الاعلى فقط ويبدل كالخ
بمنسوج خلوي مخر او مسائل مصل واحيانا يوجد النخاع الا انه يكون ضامرا
مغطى بطبقات من غشاء كاذب موضوع بين منسوجه وورقة العنكبوتية
المنسوبة له وشاهد هذه الحالة الاخيرة بلندن ووجد فيها النخاع ولتدالين
ومنسوجه محتقنا كله بجمرة زائفة ومبذورا في محال منه انصبابات دموية
وهذه الآفات في النخاع تكون اوضح كلما كان البحث فيه اقرب الى الرأس
ثم خارج السلسلة في مجازاة المحال المنشقة يشاهد تارة جيب ممتدد مسائل
وتارة غشاء بسيط مخر يكون عوضا عن الاغشية المجللة التي في ذلك المحل
وتارة توجد الجيب معه

والآراء التي ذكرت في اسباب عدم المخ يصح ان ترجع الى راين رئيسين

والغالب عدم وجودهما رأساً وسادسا اعضاء التبول والتناسل لان عدم
 كلها فتوجد الكليتان غالباً وقد ينضمان الى كلية واحدة امام السلسلة ولكن
 تكون فصوصها اكثر من الحالة المنتظمة والمثانة ادوم في الوجدان من
 الكليتين وتكون طويلة وليس لها قعر وتظهر في سمك الحبل السرى وقد
 يعدم منها جدارها المقدم ويجرى البول وفي الحالة الاولى يلتف جدارها
 المنطقي من الظاهر على شكل حلقة فيبرز الى الخارج بين العاتين المنضجتين
 او في القسم الخثلي على مسير الخط الابيض الذي يكون من الاسفل غير تام
 ويسمى ذلك اكستروفيا المثانة اى بروزها الى الخارج وقد ذكرنا ذلك في امراض
 اعضاء البول وسابعا اعضاء التناسل الباطنة اكثر وجودا من الظاهرة
 والغالب كونها غير تامة بحيث يعسر ان يعين منها نوع الذكورة او الانوثة
 ويقال ان الاكثر في عديمي الرأس وجدان اعضاء الاناث لكن ذلك غير يقيني
 اذ يمكن كونها اعضاء الذكور غير انها ليست تامة الكمال بل اعترها وقوف
 في النمو ويؤيد الاول ما ذكر عن مرجاني وذكرناه اول البحث من ان الغالب
 وجدان الاناث وثامنا لا توجد الرشتان حتى فيمن تكون صدورهم
 في غاية التركيب ويوجد في موضعهما منسوج خلوى مرشح بالمصل وتاسعا
 يوجد في المجموع الوعائى معارضات متضادة فالقلب منه لا يوجد رأساً
 والاوعية قد تتكون بدونه فيسير الدم بدون قلب بل بفعل الشرايين والاوردة
 فتكون دورة الدم غير متعلقة بالقلب كما قد تحصل في كثير من الحيوانات
 انخالية عنه كالعلق والبيدان والحيوانات المتشعبة ولا يخفى ان ذلك يخالف
 قول هاليبر ان جميع نموات الجنين متعلقة بضربات القلب وان القلب قبل النمو
 الحيوى يجهز العصارات المغذية لجميع اجزاء البذرة وهو الذى يفصل البذرة
 من المبيض ويحملها في البوق الرحمى واما في زمن النمو والحيوى فان الطف جزء
 من المنى وهو المسمى بالبخار المنوى ينبه قلب البذرة ويحركه فعلى مقتضى
 هذا البيان الذى ذكره يتكون القلب كله قبل جميع الاعضاء الاخر للجنين
 ولا يمكن ان يحى عضو قبله ابداً ولا يتبدأ الحياة في الجسم الا اذا ضرب القلب

ضرر بانه فجميع الاوعية والعروق تظهر وتنمو من اندفاعاته فعلى كلامه لا يمكن وجود كائن بدون قلب لما انه هو اساس الحياة وسبب جميع الحركات العضوية ويلزم على رآيه ايضا ان يوجد القلب دائما ومعه العروق لانه يجهز لها دورة العصارة المغذية فاذا تخيل ان القلب لم يوجد فماذا كان الامن غلط في الابصار ناشئ من شفافية هذا العضو والاف وجوده محقق عنده مع ان هالير نفسه ذكر بعض امثلة لاجنة خالين من القلب ووضع هذا العيب بقوله ان غيبوبة القلب كانت لولية وان الاجنة قبلوا الدم حينئذ من اوعية الرحم وسر جمع لذلك قريبا فالاعية وان وجدت تختلف والقلب يعدم غالبا وربما يستثنى من ذلك شئ واما الامثلة الدالة على وجوده فتبعد صحتها او قل ان الاجنة الذين زعموا وجوده فيهم انما كلوا من عديمي الخ فقط ويقوى ذلك اشتباه عديم الخ بعديم الرأس عند كثير من الاطباء ومع ذلك عندنا مثال محقق لوجود القلب في عديم الرأس وذكره سير وكثيرا ما وجد في محل القلب من الصدر امام السلسلة الفقارية وعانى مشابة للعرق الظهرى في الحشرات ثم ان المجموع الوعائى لعديم الرأس يوجد فيه دائما اختلافات كثيرة في الهيئة الى نهايتها في المجموع الشعري فقد شوهد شريان سرى واحد في الجبيل وشوهدت احيانا اوعية بحيث لم يميز منها الحاملة من القابلة وعاشرا المنسوج الخلوي **يكون** اينارخوا مندى في جميع المحال بمقدار عظيم من السائل المصلى

حيوية عديمي الرأس كثيرا ما يعلم من عدم كمال الاعضاء في عديمي الرأس عدم امكان قبول الحياة مع انه ثبت بالمشاهدة قبولهم لها فبعضهم مارس حركات عند ولادته واضطر لتقديم معظمهم لشدى المراضع فتقوهم وان كان غير طبيعي الا انه لا يمكن توضيحه الا بالحياة وهى فيهم قصيرة جدا بحيث لا يمكن ان تبقى زيادة عن زمن الولادة فان المولود لا يعيش الا بشرط دخول الهواء في الرئتين حيث **يكابد** الدم فيهما تنوعات مهمة مع ان الرئتين تعدمان في عديم الرأس فلا يمكن ان يعيش في الهواء الخالص وذلك عكس ما يكون مدة

الحياة داخل الرحم لان الجنين في الرحم يعيش بحياة قلبية اى بولادة تشوهات
التي تكون في اعضاء وظائفة مهما كان عظمها ومناسبتها الخارجية لا تمنع
امكان حياته لانه يحتوى على الاعضاء الاصلية للتغذية الحقيقية وهى الاوعية
فانها تشاهد فيه دائما فكما تكون هى المغذية للنباتات والحيوانات الصغيرة
التي هى من ادنى رتبة تكون ايضا كذلك فى عديمى الرأس اما فى الحيوانات
الاعلى فى الرتبة فلا يكون المجموع الوعائى ممنعا بهذه الخصوصية الامدة
الحياة الرمية فالاعضاء الكثيرة التامة النمو الموضوعة خارج الاوعية
انما جهزت لاجل الحياة الخارجية وبقيت بالنظر لتغذية الجنين فى حالة خلود
تام معروف عموما عند الفسيولوجيين ما عدا القناسة للهضمية والكبد فانها
مستثنيان من هذا القانون العام لان الظاهر ان لهما فى الجنين عملا
مخصوصا

فالاووعية فى عديمى الرأس مع كثرة تشوهات مجموعهم الوعائى هى التى تغل
الدم كما فى غيرهم من جميع اجزاء الجسم وتوصل جزءا منه نحو المشيمة فيحصل
فيه تضيق تنفسى ويرجع دائما متغذيا للمواد المغذية التى رسلتها اوعية الام
فى خلايا الوجه الرسمى لجميع عديمى المخ لهم اوعية سرية معطية وقابلة
والمشيمة فيهم تأخذ من الشرايين دما يرجع بعد ذلك الى الجنين متنوعا
كافى الاحوال الاعتيادية ومن حيث ان الشرايين والاوردة توجد دائما
منضمة ببعضها بواسطة تفرعات فى الصدر يكون من الواضح ان الدم يمر من
احدهما للآخر بغير علينا ان نبين كيف تحصل الدورة بدون قلب فظن ميرى
ان دورة الجنين تكون تحت تأثير قلب الام مباشرة وبذلك يسهل توضيح الدورة
فى عديمى الرأس ولكن لافائدة الآن فى الاشتغال باثبات هذا التوضيح
الباطل المستند على اساس باطل وانما نكتفى بان نقول ان الدورة فى الجنين الجيد
التكون تحصل جيدا فى الادوار الاولى من الحياة فى زمن لم يكن القلب
موجودا فيه وحينئذ يسهل ان يدرك كيف تدوم تلك الحالة الفسيولوجية
فى الحالة التى حصل فيها وقوف للتكون لان القلب اما ان يكون باقيا فى حالة

نشأة اولم يتكون اصلانها به ان الدورة في عديم الرأس تحصل بعسر ومن ذلك يحصل ما ذكرناه من الترشحات الخلوية والرخاوة في الاعضاء وذلك الامر اعنى الدورة في المشوه الحال من القلب مخالف بالكلية لرأى من يظن ان الاوعية لا عمل لها في الدورة

فذلك هو ما تراه في كيفية الدورة في عديمي الرأس وهناك توضيحات اخر لاغير هذا الطبيب فالطبيب بويل اسس رأيه على مشاهدة جنين حيث لم يجد في حبيله السرى الا الوريد السرى فقال ان جميع دم الوريد المذكور مستعمل في عديمي الرأس للتغذية ولا يرجع منه شئ للمشيئة ووزلوف لما لم يشاهد في الحجيل الا الشرايين ولم يشاهد اوردة قال في دم الشرايين كما قال بويل في دم الوريد وذا كان عدم رجوع الدم هو السبب لترشح المنسوج الخلوى وظن مونرو ان الوريد السرى يقوم مقام الوريد في طرفه المشيى وبانضمامه مع دورة بقية الجسم بطرفه الجنينى يقوم مقام الشرايين اذا الامر بالعكس في كون الشرايين تتم وظائفها الاعتيادية في المشيئة والاوردة تتم وظائفها الاعتيادية في جسم الجنين ولكن نقض هذا الرأى سهل اذ كيف يمكن ان اوردة الجسم التى هى نوايع للوريد السرى تحمل الدم من المركز الى الدائرة مع وجود صماماتها التى لا يخفى ~~تكون~~ وجودها هذا غير ممكن اصلا وظن تيدمان مع وزلوف ان الشرايين السرىة تحمل لاورطى الجنين دم المشيئة ثم ان هذا الدم يتوزع في جميع الجسم وبهذالك يرجع جزء منه في المشيئة بواسطة الوريد السرى وهذا التوضيح بديع لكن لا يتيسر لنا اختياره وذلك لانه وان عرف منه بالضبط كيف يتكون باعتبار الاصل عديم الرأس كما سيأتى لنا الا انه يعارض اختيار الجنين الذى يوجد في حبيله ومشيمته شرايين واوردة مع جميع احوالها الاعتيادية بالنظر للتركيب بل وبالنظر للهيمية الظاهرة غالبا تنقلب فيه الدورة فاللاوعية التى تكون في العادة حاملة تصير قابله والقابلة حاملة وايضا الوريد السرى في عديمي الرأس يبعد ان يكون بحيث يتم في المشيئة وظيفة الاخذ والقبول الذى تسببه له تيدمان وذلك لان عديم الرأس

الذي ذكره دسول ورسم صورته بكلار في رسالته كان وريده السرى منتبيا
 في الصافن العظيم من الجانب الايمن ومن المحقق ان هذا الوريد لم يمكنه
 ان يحمل للمشيعة الدم الصافن الانسى لهذا الطرف مالم يفرض ان دم
 باقى الجسم يتجه نحو الصافن المذكور وذلك القرض يسعده ادنى تأمل
 خصوصا اذا اعتبرت هيئة الصمامات المائلة للاوردة وفي بعض الاحوال وجد
 كما قالوا وريد سرى متفرع في كثير من الاعضاء وشريان سرى متصل
 بالاورطى ولم يوجد الا جوفان فالدورة حينئذ تفعل ايضا بالاتجاه المذكور
 وانما الوريد السرى يوزع الدم في اعضاء كثيرة ثم بواسطة بعض نفيمات يصب
 في الاورطى جزأ من الدم الذى كان حامله فجزة منه في باقى الاعضاء وجزء
 في المشية بواسطة الشريان السرى واما رجوع الدم الى خارج الاعضاء
 فلا يحصل اصلا ومن ذلك يحصل الترشع الذى ذكرناه ولا يستغرب التوزيع
 الشريانى من الوريد السرى في كثير من اعضاء بعض عديمى الرأس لان ذلك
 يحصل في الحالة الطبيعية بالنظر للقص الايسر من الكبد وبالاختصار من
 الواضح جدا في بعض عديمى الرأس كالذى في مشاهدة بوبول حيث لم يوجد
 الا الوريد السرى ولم يوجد شريان اصلا ان هذا الوعاء لا يكون بالنظر للجنين
 الاحاملا لا قابلا اخذا على رأى تيدمان

وهناك ايضا وظيفة تتمها عديمو الرأس كما تتمها الجنين الجيد التكون وهى
 التنفيس المائى الذى عضوه هو الجلد واما المنوع المؤثر عليه وعلى الدم السائر
 في الدورة فهو غاز قابل للتنفس محلول في ماء الامنيوس وكشفه عن قريب
 لاسينيو احد الشبان الحذاق الكيماويين وهو تنفيس حقيقى جلدى منعنا من
 رد قبوله مشابهة الجنين لغيره اذ ذلك ثابت في بعض الهوام

اسباب عدم الرأس * اختلفت آراء الناس في ذلك فلم تقدمين آراء مضيقة
 ومذاهب غريبة غير مقبولة الا ان ككلام متراج الغير المنتظم للنطف وتأثير
 الكواكب وغير ذلك من الخرافات والعامية في ذلك توهمات ايضا مثل تأثر
 الفكر بمشاهدة مريمات بشعة قبحة المنظر ولا حاجة للاشتغال بردهذه

الآراء وللمؤلفين آراء اخر فتنسبه ونزولف وجال واسبرزيم وغيرهم لعيب اصلي
 في النطق وليكاف وسندفور ومعظم المتأخرين لسبب عارضى اما الاول من
 هذين السببين فغير مقبول الآن وذلك اولاً لان من المستغرب ان تلقى
 واحداً وقبلاً لنطقتين في امرأة واحدة يجعل احدهما جيد التكون والاخر
 ردى التكون وثانياً كيف يوجد غالباً بل دائماً بقايا رأس واذرعة وغير ذلك
 في اجنة كانوا اولاً خالين من هذه الاجزاء ومن المتعصين للأسباب
 العارضية المتأخرة بكلام قفال ان عدم الرأس ينتج في الاصل من مرض في المخ
 اوفى جزء من النخاع يختلف عظمه فن ذلك تفسد تلك الاعضاء ووطن هذا الماهر
 ان الاعصاب بعد هذا الفساد النخى لا تتكون اصلاً وتبع ذلك ايضا الاعضاء التي
 تتوزع فيها تلك الاعصاب ولكن هنا غلط بالنظر لا بنظام نمو المجموع العصبي
 اوقع هذا المشرح الماهر في تخيلات كاذبة لسبب هذه الافة لان الاعصاب
 تتكون قبل المركز النخى الشوكى فساد المخ لا يمنع نموها لانها كانت مكونة قبل
 ان يوجد مع ان بكلام المذكور في آخر ازمة حياته عرف هذا الغلط
 ورفض هذا الرأي والطبيب سبراجته في وضع عدم الرأس بعدم نمو شرايينه
 واعترض ذلك بان النتيجة هنا اخذت سبباً لان الاوعية انما تبدأ في الاعضاء
 ومنها تمتد حتى تنضم ببعضها ويتكون منها مجموع وذلك يفيد ان الاعضاء
 تكون ارسمت قبل ذلك ارساماً تاماً فاذا فقدت الاوعية الرأسية في عديم
 الرأس فذلك انما هو لعدم نمو الرأس الذي تتوزع فيه واعتبر شوسير ومكيل
 وتيدمان وغيرهم هذه الحالة ناشئة من وقوف النمو لكن بدون ان يذكروا
 الاسباب الاول لهذا الوقوف قال بلندن وهذا الرأي هو الذي نختاره
 ونكتفي به في جميع الاحوال وهو مقنع للعقل وتؤيده المشاهدات الجديدة
 الصحيحة في النمو الجنيني للاعضاء ويطول بنا الجمال لو ذكرنا جميع الامور
 الواقعية المقوية لهذا الرأي وانما نكتفي بذكر واحد فقط وهو ان من المعلوم
 ان الجنين يبدأ من الجوصلة السرية وان الجزء الذي يتكون اولاً من جسمه
 هو المعاء والتجويف المحتوى عليه فاذا وقف نمو هذا الكائن بقي مكوناً من

البطن والمعالا غير فيكون من الاجنة العديدي الرأس الذين هم في غاية النقص
وهكذا فذلك ثبت ان وقوف النمو هو السبب القريب الكافي لعديدي الرأس
ثم قد يقال هذا لا يكفي لايضاح جميع التشوهات التي توجد في الاجنة المصايف
بهذا العيب مثلا كيف يوضع بذلك اتساع الوريد السرى في الصاغن الامن
او في الكاية الجنى في بعض المشاهدات وقد استغل جيو فروه احيانا انفسكين
بهذا الرأى بالبحث على التأثيرات التي تفتح في الجنين اختلافا وعروجا عن الحالة
الاعتيادية فاستخرج بعد ابحاث وتجريبات كثيرة ان الالتصاقات الغير
الاعتيادية الحاصلة بين الجنين والبذرة تفتح التشوهات وسببا عدم الرأس
ووصل بتجربياته الصناعية على البذرات لجملة انواع من التشوهات بوضعها
في احوال مختلفة استدعتها التجربة ثم لاشك ان التأثيرات النفسانية القوية
والضغط المستدام على البطن لاختفاء الحمل مثلا والامراض المختلفة للمشيقة
جميع ذلك يتعب الدورة الجنينية او يمنع الاتصال الخالص بين الام والجنين
فيكون قابلا لان يفتح العيب الذي نحن بصددده وهو عدم الرأس ومن اطلع
على المشاهدات التي ذكرها المؤلفون لم يشك في ذلك

المبحث الثالث

في انسيغاليا (عدم المخ)

كلمة يونانية معناها عدم المخ وهو عيب في التكون صفاته الذاتية هي الفقد
التام او الغير التام للجزء الخفى من الرأس فهو يختلف عن العيب السابق المسمى
انسيغاليا اعنى عدم الرأس في درجة تغير الطرف العلوى من الجذع ففي الاول
اعنى انسيغاليا يكون محل العيب في داخل الجمجمة وحدها او الجمجمة
مع السلسلة بخلافه في الثانى فانه يكون في الراس كله مع غيره ثم ان
لهذا التشوه انواعا قال بليار يصح ان تعتبر اقسامه من ضمور النصفين الخمين
الذى يوجد احيانا في البله المعتوهين الى الفقد التام للكتلة الخمية وقد شاهدت
درجات كثيرة منه انتهى والانواع المشهورة لهذا العيب خمسة كما قال
جيو فروه الاول ان يعدم المخ بالكلية وتبقى قطع قبوة الجمجمة منفصلة على

الخط المتوسط وفي حالة نشأة أصلية وتنحرف الى الخارج وتقلب الى الاسفل وهذا هو الانسيفاليا الحقيقية الشائى ان يوجد سائل كثير لوقليل محوى في اغشية المخ فيكون في محل هذا العضو الذى لا يتأهله اثر اصلا ما لم يعد هذا السائل نشأة مخية او مخا في حالة نشئية وسمى ذلك حيوفروه ستنسيفاليا اى المخ الحوصلى او المتلقى الثالث ان تظهر بعض اجزاء من المخ على قاعدة الجمجمة المشوهة التكون او في الجزء العلوى من القناة القصرية حيث اندفع نحوه هذا العضو وسمى ذلك ديرنسيفاليا اى المخ الرقبى الرابع ان يكون المخ كله متكونا ويمكن معرفة جميع اجزائه الا انه يكون موضوعا خارج الجمجمة ومحمولا على شبه عنق نافذ من قبة هذه للعبة المخية المثقوبة يتقب بسبب عدم كمال في نموها وسمى ذلك حيوفروه بونسيفاليا اعنى المخ ذا العنق الخامس ان يكون المخ في حجمه الاعتيادى وكما له كالذى قبله غير ان جزءا منه موضوع خارج الجمجمة نافذ من تباعد نصفي القعدة عن بعضها فاتجه نحو القسم الظهري تحت الجلد والاجزاء الساترة للعظم وسمى ذلك حيوفروه نوتسيفاليا اى المخ الظهري

واكثر المصابين بهذا العيب هم الاجنة الاناث كما وافق على ذلك مرجاني وميكيل وسمنج وغيرهم ورأى آخرون ومنهم بريشه ان نسبة الاناث المصابات بذلك للذكور اقل جدا في الانسيفاليا من النسبة بينهما في الاسيفاليا والمصابون بهذا الداء يكونون كالذى قبله من توأم الاجنة الجيدة التركيب والهيئة الظاهرة لعدى المخ او مشوهيه لمخية الاهتمام وسما الرأس فانه يوجد فيه تنوعات عظيمة واحيانا يشاركه في التشوه الجزء الظهري من الجذع بخلاف الاطراف فانها تكون كالعادة الاعتيادية واما العضلات فتمتظ غالبا متانتها الاعتيادية وتكون مستديرة الشكل تشبه اشكال ما في الجنين الجيد التكون وذكر بريشه ان بعض هذه الاجنة يوجد معه نمو عظيم في مجموعته الدهنى في بعض اقسام من الجسم ويوضح ذلك بنقص القوة المكونة في الاجزاء المخية وانتقالها لتلك المحال

ورأس هؤلاء الاجنة يكون مقلوبا الى الخلف فهو القفا وكأنه مخسف بين
 المنكبين فتارة يكون حجمه اكبر من الحالة المنتظمة وتارة اصغر وقد يكون
 على شكل قرعة عنقها المتوسط يحاذي محل فتق الاجزاء المحورية في الجمجمة
 وخروجها نافذة من فتحة فيها ثم في هذه الاحوال تارة يتسلطن الجزء المقدم
 من الرأس بزيادة حجمه وتارة يتسلطن الجزء المقابل له ويكون النصف السفلي
 من الوجه ابرز من العادة الا انه يحفظ اتجاهه الاعتيادي وعكس ذلك يحصل
 في الجزء العلوي من هذا القسم فانه بانجذابه الى الخلف بالجمجمة المتعلق
 هو بها ينخفض في هذا الاتجاه وحيانا يصير اقويا والانف يكون مفرطعا
 ومنفصلا اصله قليلا عن الجبهة والاعين تبرز جدا ويتكون منها ارفع جزء
 من الرأس وتجه الى الاعلى بحيث تقرب من اعين بعض الاسماك وحيانا
 يعدم الحاجبان وحيانا اخلاية صلان عن شعر الرأس الابمسافة صغيرة جدا
 وصيوان الاذن كثيرا ما يتجه فهو المنكب الى الاسفل والخارج والجبهة وقبة
 الرأس يذهب ان الى الخلف ثم تارة يكون جلد الجمجمة جيدا تتكون وفيه الشعر
 كالحالة المنتظمة وتارة يفقد من خلف الجمجمة واعلاها ويوجد بدله غشاء ماحر
 كثير الاوعية يرتفع عليه في بعض محال مرتفعات فطرية كثيرة الاوعية ايضا
 او يكلس مملوءة بخلط مجهر وحيانا يوجد في هذا الغشاء فتحات تتهى بسد غير
 نافذ ورقبة هذه الاجنة قصيرة مخفية الى الخلف فتكاد ان تعدم من تلك الجهة
 اما من الامام فتكون في غاية الظهور والبروز وتفرطح رأس بعض
 هؤلاء الاجنة يوضع الخرافات التي اشتهرت من ولادة بعض النساء هوام
 او امعاكا

واهم الصفات هو التكون الباطن للرأس لان هذا الجزء الخفي من الجذع
 هو الذي يوجد في تركيبه الآتي وحده تنوعات ولذلك يختلف هذا العيب
 الذي نحن بصدده عن عيب عديم الرأس بكونه لا يوجد معه عيب ولا تشوه
 في الاحشاء الصدرية ولا البطنية واجزاء الوجه عموما تكون جيدة التكون
 بآلة نظام وانما يكون لها التجاه مخصوص وهو الذي ذكرناه بخلاف الجمجمة

فاتها تكابد في جدرانها والاجزاء المحتوية عليها تغيرات غريبة فالعلبة
العظمية الجمجمة تكون غير تامة وسيما نحو القبوة فيصح ان يقال عموما ان
هذا الجزء يبقى في حالة سفل من النمو واما قاعدتها فيكون فيها النمو
الاعتيادي تقريبا ايصح ان نقول في حلة ذلك كما قال بعض المشرحين ان
قاعدة الجمجمة يبكر ظهورها وتكونها قبل القبوة فتكونها كمل قبل
ان يقف نمو الباقي من الجمجمة وقبوة الجمجمة تكون دائما متفرعة فرعين
او مكونة من قطع منفصلة عن بعضها على الخط المتوسط ثم تارة يمتد
هذا التفرع المزدوج الى الالف والنقب القمعدوى وتارة يكون مقصورا
على القمعدوى والقمة او على القمعدوى وحدها ويندر ان يشاهد في الجدارين
قطر واندر من ذلك في الجبهة وحدها ومن النادر ايضا ان توجد قاعدة
الجمجمة مشقوقة وعجب ما شوهد من ذلك اشتقاق جزء من المخ في البلعوم
وتلك العيوب في الجمجمة تقوم من عدم انضمام الاجزاء التي تكون في الارضنة
الاول من الحياة منفصلة ويسهل ان يعرف في قاعدة الجمجمة الثقوب التي
تدخل فيها الاعصاب والاورعية

وحالة المخ تختلف جدا وتغيره يكون اكثر من تغير القطع العظمية الجمجمة
وذلك لاختلافهما في الوظائف فعظام قاعدة الجمجمة لها منفعتان حفظها
للمخ واعانتها على تكوين دوائر التجاوير المخصوصة باعضاء الحواس
فاذا عدم المخ جازان لا ينمو الجزء العلوى من الجمجمة او يبقى في حالة نشئية
واما ظهور الجزء السفلى فقهرى الا انه لا يكون فيه استعداد لان يتكون
منه من الاعلى تجويف يقبل الانطباع والتأثير او انما يصير محدبا في تلك الجهة
واما الاحوال المتقدم فيها هذا العيب اى التي هي من النوع الاول فالمخ يعدم
فهما بالكلية كالمراكز العصبية الجمجمة والنخاع ينتهى اسفل عن محاذاة
الجمجمة بالحالة التي سنذكرها في الحقيقة لا يوجد تجويف جمجمى
وانما ينسد بخيوط كثيرة أو أجنة آتية من المنسوج الخلوى المحمر ونعرف جيدا
العنكبوتية والام الخنونة وتفتيان في انشاء الالفة السابقة التي يكون معها شئ

منهما يقيناً لانه يشاهد قناء اصول الاعصاب فيما ينهار بمناهل مشاهدة الام
الجافية في قاعدة الجمجمة وان كانها تعدم في حواف اتصال عظام القبوة
وتلتصق في محاذ ذلك بالغشاء المحر الفطري الذي يكون دائماً عوضاً عن الجلد
في هذه الحالة وفي النوع الثاني من عديم الملح الذي هو الملح الحوصلي او المشافي
عند جيوفروه لا يوجد اثر للملح وانما يوجد في محله سائل مصلي متكرر
تختلف كثرتة ويكون محوياً في اغشية الدماغ كما هو واضح وتتضمن تلك
الاعشية بالجلد فتوجد موضوعة عليه مباشرة ووجد الطيب كبن حالة من
هذا النوع ابدل فيها الملح بجملة تيدان حوصلية واكلس منقصة الى عنقودين
والاعظم من هذه الديدان كان في حجم بندقة ومنها ما لم يكبد يبلغ رأس دبوس
ويقرب للعقل ان هذين العنقودين الديدانين انما هما الصغيران المشجيتان
اللتان يتكون فيهما كما هو معلوم الديدان الحوصلية وفي النوع الثالث
اعنى الملح الرقي عند جيوفروه يوجد على قاعدة الجمجمة بعض بقايا من الدماغ
مغطاة بسائل مصلي يمد اغشية ذلك الدماغ فتارة كما شاهد بكلاريو جد جميع
البصلة العليا للخصاع والساقان الخيان المنتهيان باتفاح او بصلة وتارة كما شاهد
غيره توجد الطبقتان البصريتان والجسمان المضلعان والحديبات التوءميتان
الاربع والجسم المخروطي اعنى الغدة النخامية والبطينات الجانبية والمتوسطة
المتسعة جداً والنخج الرخو وتكون هذه الكتلة كلها حمراء فطرية من الاعلى
وسائبة من الخارج وتارة يظهر ان الملح موجود كله ولكنه صغير ضامر فطري
ويكون منضغطاً على قاعدة الجمجمة او يسرى الانضغاط الى الجزء العنقي
من القناة الفقرية المنفصلة الى جزءين اتصالاً واسعاً واما الانواع الاخر
اعنى النخ العنقي والنخ الظهري عند جيوفروه فان الملح فيها يوجد ايضا تاماً
ولكن لا يبقى في التجويف الجمجمي الشوكي وانما ينثقل الى الخارج فتارة
ينثقل كله وحينئذ يكون محملاً على ساق او عنق مكون من الجزء
العلوي للخصاع وتارة ينثقل جزء منه في الحالة الاولى يجذب الملح المنثقل غالباً
الى الخلف بواسطة ثقله وحيثما يتقدم حتى يصل الى تحت جلد الظهر ويوجد

مع المخ في هذه الفتوق العظيمة مقدار من المصل وتكون ايكاسهادات آمن اغشية
الدماغ ومتوترة منضغطة مغطاة بالجلد والطبقة المجللة العامة

واصول الاعصاب الجمعية لها خصوصية مهمة فبعضهم ذكر انها تكون
غليظة جدا في طرفها الجمعى قال بلندن وعندى يقين على حسب
مشاهداتى ان ذلك غير لازم واقله انه اعلى فافى وجدتها في الاثنين للذين
شترحتهم ضامرة بحيث وجعت الى مجرد غلافها العصبى وذهبت حتى
قنيت في المنسوج الخلوى الموجود في قاعدة الجمجمة فاذا وجد سائل في محل
المخ يقال ان اصول الاعصاب توجد ساجحة فيه ولكن مشاهدات چيوفرو
لا تطابق هذه الامور الواقعية واذا كانت المراكز العصبية موجودة اتجهت
الاعصاب الزائفة نحوها والوعية الشريانية والوريدية الجمعية تكون
قليلة النمو ولكنها توجد يقينا وتفرع في اغشية المخ وافى المخ نفسه او في المنسوج
الخلوى الشاغل محله

والقناة الفقرية يوجد فيها غالباً تنوعات فالسلسلة قد تكون منشقة تارة
في العنق فقط وتارة في العنق والظهر معا ونادرا في جميع طولها والصفائح
الفقرية المنشقة تكون دائما منقذفة الى الخارج كما يحصل ذلك في عظام قبوة
الجمجمة واحيانا يعدم النخاع بالكلية سواء كله او من الاعلى فقط ويبدل كالمخ
بمنسوج خلوى مجهر او بسائل مصلى واحيانا يوجد النخاع لانه يكون ضامرا
مغطى بطبقات من غشاء كاذب موضوع بين منسوجه وورقة العنكبوتية
المنسوبة له وشاهد هذه الحالة الاخيرة بلندن ووجد فيها النخاع زلزالين
ومنسوجه محتقنا كله بجمرة زائدة ومبذورا في محال منه انصبابات دموية
وهذه الآفات في النخاع تكون اوضح كلما كان البحث فيه اقرب الى الرأس
ثم خارج السلسلة في محاذة المحال المنشقة يشاهد تارة جيب متمدد بسائل
وتارة غشاء بسيط مجهر يكون عوضا عن الاغشية المجللة التى في ذلك المحل
وتارة يوجد الجيب معه

والآراء التى ذكرت في اسباب عدم المخ يصح ان ترجع الى رأيين رئيسيين

احدهما هو ان ذلك ناتج من نقص النطفة في الاصل نقصا معيبا وثانيهما ان يكون هذا العيبا كنسايانا ناتجا من اسباب تتوع تركيب هذا الكائن الذي كان ولا منتظما فعلى الرأى الاول جال واسبرزيم لكن يعسر اثبات حقيقته اذ لا يتيسر تمييز النطف الجيدة التكون عن المعيبة التكون بوجه من الوجوه واما الرأى الثانى فيظهر انه اقرب وعليه مرجأى وهالير وسندفور ومكيل وشوسير وبكلار واغلب المتأخرين فبعضهم رأى ان هذا العيب ناتج من اسباب ميخانيكية اثرت من الخارج الى الداخل كالضغط المستطيل من بطن الام مدة الحمل او من الوضع المعيب للجنين في الرحم وهذا رأى هالير وسندفور وغيرهما واما مرجأى وشوسير ومكيل وبكلار وغيرهم فقالوا ان السبب المشوه لرأس الجنين توجه فعله من الباطن الى الظاهر فافسد اولا المخ وثانيا الاجزاء الواقعة له وبعضهم لم يقل بشئ من ذلك وانما قال يجوز ان يكون ذلك ناشئا من اسباب تارة خارجية وتارة باطنية وهذا جمع بين التأويلين السابقين ويظهر انه اقرب للحقيقة

وهل هذه التشوهات العضوية ضحور في الاجزاء الموجودة فيها وهذا رأى شوسير وبكلار ومكيل او نتيجة وقوف في الفواثر في زمن متقدم من الحمل هيئة آلية لا تنسب الا لدور من الحياة اقرب جدا للعلوق وهذا رأى جيوفروه وبريشيه قال بلندن ويظهر لى ان الاولى اختيار رأى مرجأى من الرأىين نظير ما سبق اذ لا ينكر ان بعض التشوهات في عديمي المخ كنشوهات ما يجلل الجمعية ناشئ من وقوف في النمو لكن قد لا يتفق هذا دليلا للسبب الاولى الذى سبب عدم المخ لان هذه الاجزاء الواقعة له تتكون بعد هذا العضو بحيث ترسم على شكله فاذا اخترنا ما يظهر انه لا نزاع فيه وهو ان هذه الاجزاء الخارجة حصل في نموها وقوف لزم ان تلقى تأملنا ايضا في المراكز العصبية الجمعية فننظر هل هذه الاعضاء كبدت ايضا وقوفا في النمو او لم تكبد ذلك وهذا هو ما نشرع في البحث عنه باختصار فنقول لا يمكن اثبات الوقوف الاصلى للفوق في عديمي المخ الابشيين احدهما باثبات

ان تشوهات هذه الحالة ليست بالنظر للمخ المستنتج التكونات الاصلية له
وثانيهما ان لا يمكن صدور تكون مشابه لذلك من فاعلات اخر فلاجل الشيء
الاول نعلم ان المخ في الاحوال التي نحن بصدد ها قديعدهم كله او يرجع الى بعض
اجزائه او يبدل بسائل كثير يشغل محل الاجزاء المفقودة او يوجد في محاله الجمة
خلوية وعامة آلية بل احيانا طبقات من اغشية كاذبة كما شاهدنا ذلك
فهل هذه فقط هي الاحوال التي تعترى المخ في ادواره الاول من تكونه قال
بلندن اظن انه لا يصح ظن ذلك أولا انه لا ينبغي ان المخ يتكون فيما بعد لكن
موضعه واضح في الزمن الذي يقال فيه ان المخ غير موجود وفيه سائل نصف
آلى يحتوي على بعض من اصوله فاذا كان عدم المخ ناتجا من وقوف نموه
في اكثر الاحوال فاقاله انه يلزم فيما اذا فرضت سرعة وقوف النمو ان يوجد
السائل الاصلى الذى ذكرناه مع ان الجمعية كاذ كرنا كثيرا ما تكون خالية
ولا يوجد فيها الامسوج خلوى وعائى وثانيا انه يوجد في احوال اخر سائل
محموى في الجمعية فاذا كان هذا السائل هو الحالة النفسية للمخ فكيف صار
كثيرا بحيث لم يبق محويا في المحل الاعتيادى للمخ فقط بل اترتم ان يتفتح الى
الخارج دافعا امامه الاغشية المخية وثالثا كيف يسر لوقوف النوان بفتح
ألمة خلوية تلاءم جميع تجويف الجمعية ويحصل منها اتصالات غير طبيعية
بين القبوة والتاعدة مع ان من المحقق ان هذه الحالة لا تحصل طبيعة في دور
من ادوار التأليف الجنينى مهما فرض قربه زمن العلوق ورابعه انه لا يمكن
ان يوضح بذلك البيان التعليمى وجود اللمة والاغشية الكاذبة الرخوة التي
تكون احيانا في المحال التي كابد المخ فيها فسادا يسيرا فاذا قيل انها تدل على
التهاب ظهر في الجمعية قبل وقوف النمو قلنا ذلك مسلم لكن يبقى الكلام
في ظهور هذا التهاب قبل الانسيفاليا وبعدها

واما بالنظر للشيء الثانى اعنى ان لا يمكن صدور تكون مشابه لتكون عديم المخ
من سبب آخر غير وقوف النمو فتقول رأى هالبر وشوسير ومكيل وغيرهم
انه يمكن من تأثير اسباب ميخا نكية ظاهرية او باطنية ان تنفصل الجمعية

من الاعلى وتفرق قطعها وان يسترخى المنخ ويفسد فينتشر في مياه الامنيوس
 ونسب الاخيران اعنى شوسير ومكيل هذه النتائج لاستسقاء مخي ييكر
 عروضة واما هالير فجعل ذلك نتيجة ضغط خارجي اثر اولاً على جدران الجمجمة
 ثم على المنخ لكن استشكلوا هذه البيانات باشكالات مختلفة وبما كانت قوية
 منها انه لو حصل هذا التمزق في الجمجمة عند تكون هذا العيب لظهر في مياه
 الامنيوس بقايا من المنخ او ما يعلن بتمزق الجمجمة مع انه لم يشاهد شئ من ذلك
 واما الغشاء الاحمر الذي يوجد غالباً في قبوت الجمجمة وشق الجلد في محاذة ذلك
 وانقصال العظام عن بعضها فليست آثاراً للتمزق كما ظن ذلك وانما يظهر انها
 ناشئة من وقوف النخ وتلك حالة طبيعية في الادوار الاولى من الحياة داخل
 الرحم مع ان مثلها يوجد احياناً في الاجنة في محاذة البطن وعلى الخط
 المتوسط وخصوصاً في قاعدة الحبل فلا يقع في الوهم انها آثار تمزق وانما هي
 نقص في التكون فتوضح الحالة المذكورة في الجمجمة بما سبق غير مناسب
 واذا لم يصح اختيار ان تلف المنخ وتمزق الجمجمة ناشئان من استسقاء او من
 ضغط خارجي فلنختار كما قل بعضهم ان عدم المنخ لا يصح ان ينشأ في الاصل
 من سبب مرضي وانما ذلك من وقوف في النخولكن توقف في ذلك بلندن وقال
 ان هذا البيان الذي ذكر لا يعلم منه سبب وقوف النخ وايضاً يسهل اثبات
 ان الالتهاب سواء كان في المنخ او اغشيته اذا عرض في الايام الاولى من الحياة
 داخل الرحم يلزم ان يكون هو السبب لعدم المنخ وهذا ما اقول به والامور
 الواقعية المذكورة في المؤلفات تقويه وما جعلت هذا الالتهاب المحي سبباً
 لعدم المنخ بالبيان التعليمي فقط بل بالملاحظات ايضا فان الالتهاب التي تشاهد كثيراً
 في الجمجمة وتمتد من قبوتها الى قاعدتها لا تحصل من غير الالتهاب كما هو معلوم
 اليس هذا السبب ايضا هو الذي يوضح به تولد الاغشية الكاذبة الرخوة التي
 توجد في مثل تلك الحالة وبالجملة فالتهاب المنخ هنا كما في غير هذا الموضع يؤدي
 الى فساد تام او غير تام للعضو وذلك يكون اسهل كلما كان المنخ الذي هو لين
 في الازمنة الاولى اقبل للتغير وفي بعض الاحوال يزول المنخ بالكلية بسبب

ضمور حقيقي كما يشاهد ايضا زوال كلية من تأثير التهاب كالوى قديم وفي احوال
 اخرى يشاهد ان الجزء العلوى من التصفين الكربين الذى هو اعوق في النمو
 يكون بمقتضى ذلك اكثر استرخاء وقت ظهور سبب الالتهاب فيضمر وحده
 كما يحصل ذلك لبعض الشيوخ ايضا بسبب التهابات واضحة من مئة في ذلك
 الجزء نفسه وفي بعض الاحوال يمتد الالتهاب الى الجزء العلوى من الخناق بل
 لكل الخناق فينتسب عن ذلك ضموره او زواله بالكلية وذلك نادر جدا السببين
 اولاً لان الخناق الذى يكثر نموه يستولى عليه الالتهاب في حالة تركيب متأخر
 فتكون المقاومة الحيوية سهلة فيه وثانياً لان الخناق اكثر تحفظاً من الاسباب
 الالتهابية وقناته تنمو باسرع من الجمجمة ويقوى ما اخترناه ايضا ما هو معلوم
 من ان الالتهاب الناشئ في تجويف مصلى تارة ينسد منه التجويف بسبب
 تكون التصاقات يقوم منها منسوج خلوى حقيقى عارضى وتارة يبقى
 التجويف ممتدداً بسائل يضغط على العضو الاصلى للتجويف او يدفعه بل قد
 يتلفه احياناً فعقب التهاب البلورا توجد الرثة احياناً ملتصقة بالاضلاع
 واحياناً يوجد معها انصباب في البلورا فتندفع نحو الحجاب القاسم فيحصل فيها
 ضمور وجميع ذلك يوجد في عديم المخ فانتساقدرأينا احوالاً كان التجويف
 المجمعى فيها مملواً بالتصاقات ورأينا اجنة كان معها انسقاء مجموعى
 حقيقى فهذه الامور الواقعية كلها تؤيد صحة ما اخترناه

فاذا اعترض على هذا التوضيح المذكور لمنشأ هذا العيب بالتكون المنتظم
 لجميع اجزاء الجسم سوى الاجزاء التى لها ارتباط قريب بالمهور المخى الشوكى
 وبقلة تأثير هذا الالتهاب العظيم السعة والتعمق على اعظم جزء من الجسم
 اجبتنا عن ذلك بان فعل المراكز العصبية معدوم او قريب للعدم مدة الازمنة
 الاولى من الحياة داخل الرحم وانما مرا كركز الفعل هى الاعصاب نفسها
 فالاعضاء في هذا الزمن لا تستشعر بأفات المراكز العصبية الا سيرا جدا
 وبالاختصار فالخ من حيث انه ضمور او فسد بالالتهاب في الايام الاولى
 من الحياة داخل الرحم وان الاجزاء الواقية لهذا العضو غير تامة لتكون

حيث لم يكن اسهل من ان يدرك وقوف الخوف في تلك الاجزاء اعنى الجمعية لانها منقادة لتكونة ومخصوصة بحفظه ووقيته فكأنها تقبل منه انتظام الخوف والازدياد فاذا كان محرکہا الاصلى زائلا او ضامرا بقيت في حالة الوقوف تظهر من هذا البيان ان المخ وحده هو الذى يكابد التغير المرضى واما الاجزاء الواقية له فيقف نموها فهذه هي التصورات التى عندنا في اسباب عدم المخ ونكل ما ورا ذلك لنظر العلماء المتأملين في الامور الواقعية عسى ان تظهر لهم الحقائق الصحيحة في الواقع ونفس الامر ومن عرف كثرة اختلاف آفات المرأ كالعصبية الجمعية في حالة الانسيغالبا حيث تكون من الفساد التام لتلك المرأ كراالى مجرد اندفاعها على هيئة سائل نافذ من شق في قبوة الجمعية وان تلك الاختلافات تلج في زمن الحياة الرحمة التى ظهر فيها التهاب هذا العضو اعنى المخ سهل عليه ادراك الاختلافات التى ذكرها المؤلفون في بقاء حياة عديمي المخ بعد الولادة فاعلمهم تشاهد ولادته مع موته واحيانا يفعلون بعض حركات ثم يموتون حالا ومنهم من يصبح وقت ولادته ثم يموت واحيانا يتنفسون مع تعب ومنهم من عاش خمس عشرة دقيقة اوست ساعات او اطول من ذلك كخمس عشرة ساعة او اربع وعشرين او يومين او ثلاثة ايام او اربعة ايام او ستة ايام ومنهم من تغذى واخذ ثدي مرضعته ومنهم من كانت حركاته فجائية كأنها تشنجية ومنهم من كان في حالة سبات دائم انتهى اما الذى تشوّه قليل فقد يعيش زمنا طويلا

وعديم المخ وان لم يعيش بعد الولادة زمنا طويلا الا انه ليس كذلك في بطن امه فيموتون اما منتظما وجميع اعضائه ماعدا الاعضاء المصابة بالتغير الواسف له تكسب شكلها وتركيبتها وهيئتها الاعتيادية وشاهد بريشه ان في هؤلاء الاجنة يكون الشحم الذى تحت الجلد كثيرا جدا واما تغذيتهم المنتظمة في بطن امهاتهم فستدعى انتباه الفسيولوجيين فان الامور الواقعية لا يؤخذ منها ان التغذية في البكار البالغين ينبغي ان تخرج بالكلية عن تأثير المرأ كرا العصبية ولكن ثبت ان في الازمنة الاول من الحياة تعيش الاعضاء معيشة

خالصة غير متعلقة بشئ فتكون افعالها كأنها متركزة في نفسها وغريبة عن هذه الارتباطات الاشتراكية المختلفة التي تضم فيما بعد جميع الاجزاء المختلفة من البنية ببعضها ثم تنتقل تلك الارتباطات الى الخارج فتكون ظاهرة واضحة في الحلالة السليمة كالحالة المريضة والحياة المنتظمة لعديم المخ في بطن امه ليست باعجب من موته بعد الولادة لان الجنين في الرحم يعيش بحياة نباتية وجذره اعنى الحبل السرى موجود بانتظام وربما جهز له جميع العصارات المغذية اللازمة له اما بعد الولادة فان الحياة لا يمكن ان توجد الا بشرط وجود التنفس السهل فعدم وجود هذا الشرط ناشئ يقينا من تغير المخ الذي تشأ منه الحركات التنفسية ويندر ان يعلم في مدة الحمل حالة عديم المخ لانه يفعل في بطن امه حركات كالجنين الجيد التكون وغالبا تحصل الولادة قبل اوانها كالشهر السابع والثامن بدون ان تعلم علة ذلك

وترجم اول تغير اصغر المخ بمكر وسيقالا ومعناها ما ذكره قال ليس جميع الاطفال الصغار الرئوس معدودين من الانسيغاليا الجزئية اى العدم الجزئى للمخ فقد شاهد كروظير طفلا عاش ثمانية عشر شهرا مع رأس صغير جدا على هيئة رأس حيوان فكانت الزاوية الوجهية حادة جدا كما في الكلاب وجدار الجمجمة منتفيا الى الخلف والتعظم في غاية التقدم والدرور منضمة والقصدوة فيها عرف مستعرض بارز جدا شبيه بالعرف القمعدوى للحيوانات والقطر القائم للجمجمة كان قريبا واحدا ولم توجد في هذا الطفل علامة للتعقل مدة حياته وكانت اطرافه في حركة دائمة ويصيح لاجل احتياجه ويعتبه زمنا فزمنا حركات تشنجية ومات في حالة تشنج فوجدت الجمجمة مملوءة بمخ لا يختلف عن المخ الاعتيادى الا بصغره اعاده ففي هذه الحالة العظيمة الاعتبار لم نر تطلقا جرثيما في المخ وانما رأينا ضمورا خلقيا في هذا العضو وفي غلافه العظمى ولذلك استطاعت حياة الطفل الى ثمانية عشر شهرا اما في الانسيغاليا الجزئية فان الموت يحصل عادة في الاسابيع الاول او اذا طال يكون في الشهر الثانى من الولادة وهذا الحالة لا ينبغي اهمالها لانهم اهمية في اعتبار قابلية المعيشة

لطفل رأسه على هيئة الرأس الذي يكون في حالة العدم الجزئي للرأس انتهى

المبحث الرابع

في ادروسيغاليا (اي الاستسقاء الدماغي)

ادروسيغاليا كلمة مركبة من اليونانية معناها استسقاء رأسي وتدل على انصباب مصلى جهة الرأس مهما كان مجلسه وباعتبار المجلس قسمه معظم المؤلفين الى ظاهر وباطن وادخلوا في الظاهر جميع التجمعات او الارتشاحات المصلية او المصلية الدموية التي يكون مجلسها في فروة الرأس او تحت الصفاق الجمجمي لكن هذه الداءات التي تكون في الغالب نتيجة سقوط اورض او قوة عنيفة اثرت على فروة الرأس او حصلت من عمل الولادة تنسب بالاكثرة لحالة مرضية في الجدران الظاهرة للرأس واما الاستسقاء الرأسي الحقيقي فلا يشمل الا التجمعات المصلية المحوية في الجمجمة ومع ذلك قد يتفق اذا كانت دروز الرأس متفرقة فترقا عظيما ولم تعظم اليوافخ ان يبرز السائل حتى يصير تحت القروة فيصير الاستسقاء الباطن ظاهرا غير ان البورة الرئيسة للاستسقاء تكون في الابتداء محوية في باطن عظام الجمجمة والاستسقاءات الرأسية الباطنة تختلف كثيرا بالنظر للمحل المشغول بالسائل فتارة يكون موضوعا بين الام الحافية وعظام الجمجمة وتارة في التجويف الكبير للعنكبوتية والغالب كونه في بطينات المخ وتارة يتراكم في شبة اكياس سواء كان بين الاغشية او في نفس منسوج المخ والنخج واحيانا مع ديدان حوصلية او شبهها ووربما قرب من هذه الاستسقاءات الارتشاحات المصلية او المصلية الدموية في المنسوج الذي تحت العنكبوتية او نفس جوهر المخ والنخج بحيث توجد في الاستسقاء الرأسي كما توجد في استسقاء التجاويف الاخر الاستسقاءات الانسكابية والارتشاحية والكيسية ثم بعد ذلك تنقسم الاستسقاءات المذكورة ايضا الى حادة ومزمنة فالحاددة ستأتى لنا في مبحث التهاب اغشية المخ واما المزمنة فهي التي يكون المبحث فيها هنا وهذه يصح ان تكون على شكلين الاول ان تكون عارضية فتحصل عقب داء في المخ او اغشيتته والثاني ان تنسب لعدم

نمو الاعضاء

وقد ضم دوجيس كلمة ادروسيفاليا وادروراشيا المزممة في شرح واحد وقال
 اعتمادا لان على شكلين اوعلى حالتين مختلفتين لمرض واحد وهو الاستسقاء
 العنكبوتي الباطن او الظاهر المخي او الجمجمي او الفقري ثم قال ويلزم ايضا
 تضاعف الاقسام والتسمية باعتبار سرعة هذه الآفات والاقسام الجسمية التي
 ظهرت فيها والحمل الذي نشأت فيه فاقولا ان سعة التجاريف المعدة لان
 تحتوي على مراكز المجموع المخي الشوكي قد يحتوي عليها الاستسقاء احيانا
 وذلك هو ما يسمى بالاستسقاء الراسي الفقري وثانيا ان الجمجمة وحدها هي
 التي تتدد لكن باستواء من تجمع المصل وذلك هو ما يسمى بالاستسقاء الراسي
 الحقيقي وثالثا ان الاستسقاء يلتزم في محل ما ان يقهر جذران الجمجمة فيتكون
 منه جيب ضيق ويسمى ذلك بالاستسقاء الراسي القنقي (ادوروسيفالوسيل)
 ورابعا انه اذا كان ذلك في محل من السلسلة انتقاد لاندفاع السائل
 المتراكم في باطنها يسمى ذلك بالاستسقاء السلسلي او اسبنا فيد اغذلك هو التقسيم
 الذي تتبعه في الشرح هنا ولتقدم على ذلك بعض كليات عامة للاستسقاءات
 الدماغية في الاسباب وغيرها تنفع في جميع الاصناف او في معظمها فنقول
 الغالب ان هذا الاستسقاء يحصل داخل الرحم فيمكن ان يعرض للجنين في مبدأ
 نشأته فقد شوهد ظهوره في جنين نهاية سنة ستة اسابيع ومع ذلك لا نطن
 لاجل ذلك امكان نسبته الى تأخر في تكون المخ لانشأتا كدنا مرات كثيرة ان مخ
 المستسقي يحتوي على جميع الاجزاء والصفات التي يحتوي عليها الجنين السليم
 ماعدا الحالة الناشئة عن التمدد المسبب عن السائل وانه كثيرا ما يزن سوى
 المصل مقدار مخ جنين سليم سنه كس من المريض بل قد يكون وزنه اكثر وان
 كابدت الجدران رقة عظيمة وكثيرا ما ينشأ عن استعداد وراثي فان بعض النساء
 قد تعطى لجميع اولادها هذا الداء بدرجات مختلفة وكثيرا ما يحصل من اسباب
 عارضية وسيا ككثرة المصل في الام مدة الحمل وتعلم تلك الكثرة فيها بعظم
 مقدار مياه الامنيوس وترشح الاطراف البطنية بل احيانا ترشح جميع جسمها

وربما كان من الاسباب تقدم سن الام ولو يسيرا اذ كثيرا ما شوهدت اطفال
مستسقون او معهم آثار من هذا الداء وكان عمر امهاتهم زائدا عن الثلاثين
سنة وانما قلنا او معهم آثار لانه قد يتفق ان الداء لا يكثر الى وقت
المولادة وانما يبدل بآفات اخر وذلك لان الاجزاء المتوترة ترقق وربما تمزقت
او فسدت او تحولت الى اصول عديدة الشكل ويمكن ان الاعضاء التي تسبح
في السائل تغير محلها ويمكن غير ذلك ويظهر ان هذه الانحرافات تختلف
 باختلاف شدة الداء وسعته وكونه باطنا او ظاهرا اعني كون السائل محويا
في نفس تجويف المخ كالبطينات او بين سطحه وجدران الجمجمة والسلسلة
قال دوجيس وذلك التقسيم الذي اختاره القدماء ورقضه المتأخرون غلطاً
توضحه الامور الواقعية جيداً وسيأتي لنا قهقهة فحفا عظيمها في العلاج اذا سهل
تشخيص الداء في الشخص الحي ثم هو سواء كان باطنا او ظاهرا يكون مجلسه
في العنكبوتية لان هذا الغشاء يدخل في البطينات كما ثبت ذلك يشات اذ يظهر
ايضا ان زائدة منها تترلق على طول النخاع الفقري بل وتحتوى دائما في الحالة
الاعتيادية على كمية من السائل كما قال ما جندى لكن من المعلوم ان الالتصاقات
او غيرها من الموانع المضانكية قد تسد هذه الاتصالات بسهولة فتعجز تجمع
المصل وتقصير الآفات التابعة لذلك على بعض المحال وسيأتي لنا عن كروفليير
معارضة رأى ما جندى وقد يكون الضعف الزائد في محل من الجدران
الجمعية القشرية سبب الظهور الجزئي لهذه الآفات حتى ولو كان الداء
في الابتداء عاما وهاهي الاصناف مسرودة في المطالب الالائية

المطلب الاول

في الاستسقاء المخي السلسلي

نضع هنا الاحوال التي يشغل الاستسقاء فيها المسافة الجمعية للقشرية فينج
من ذلك انحراف طبيعي في جميع هذه السعة او يشغل محال متباعدة عن بعضها
كلنا هذه التي ذكرها مر جاني على حسب ما ذكره الطبيب چنجه حيث كان
فيها استسقاء مخي مع استسقاء فقري عصعصى وشفي بيزل هذا الاخير ومن ذلك

ايضا

ايضا هيكل جنين محفوظ عند الطبيب دو بول وفيه آثار استنباطية الى
 انفصال سلسلي قطنى وعجزى وانما استسقاء مخي ججمي وهياكل اخرفها
 انفصال السلسلة من الظهر والعنق مع استسقاء مخي وذكر ليشيل قصة استسقاء
 سلسلي قطنى مضاعف باستسقاء مخي ورعى فعدوى (ادروسيقا الوسيل)
 متبوع بتمدد تدريجي لجميع الجمجمة وحصل الموت في الشهر الثالث قال
 دو جيس ورأينا الجمجمة في طفل صغرت جميع اقطارها مع انها لم تزال حافظة
 ليا فوخ عظيم في مقور في القسم القمعدوى مع انفصال جميع السلسلة المسمى
 بداء الحدية والغالب ان يكون هذا الانفصال العام مضاعفا فقد الجمجمة
 سواء بقي المخ وغير محله وحصل فيه تشوه او تلف بالكلية هو والمخج والنخاع
 الفقرى في الحالة الاولى ينتج من ذلك استسقاء مخي فقرى ظاهر كافي مشاهدة
 جنجه وفي الثانية توجد نتائج استسقاء مخي باطنى يمتد لباطن النخاع الفقرى
 كما شاهد ذلك مرات بكليين وسند فور وغيرهما وافسد المخ واغشيتته وسيأتى لنا
 كلام في ذلك في الاستسقاء السلسلي وهذه الاوقات تحصل دائما قبل الولادة
 وكثيرا ما تعصب ايضا انثناء السلسلة الى الخلف والتصاق الرأس بالجذع حيث
 يحصل من ذلك تعسر في الولادة كما قد يفعل ذلك ايضا تجمع مائي عظيم قبل
 تمزق الكيس وامامن جهة الجنين فليس قابلا للمعيشة في حالة من تلك
 الاحوال وان جاز ان يعيش طويلا في احوال الاستسقاء المخي السلسلي الظاهر
 اذا كان معظم المخ باقيا وقد اشتهر عن قريب مثال لطفل عاش الى سن البلوغ
 مع التشوه الناتج من استسقاء مشابه لما ذكرنا غير انه زال حينئذ ولم يترك بعده
 الا كون المخ تغير محله فانتقل للظهر في ميزاب الفقرات المشقوقة ولكن يقرب
 للعقل ان صاحب هذه المشاهدة انغس بتشوه فقرى بالغ للغاية فاذا لم يكن
 الانذار في بعض الاحوال مغما فاذلك الا لكون الاستسقاء آت ظاهرا معصوبة
 بتشوه وتوتر قليلين كافي الحالة التي ذكرها جنجه وتختلف قليلا عن الامتسقات
 الاعتيادية التي سنذكرها قريبا ومن العسر جدا ان يعرف من الذي وجد
 من الداءين اولاً ويمكن انهما حصلا معاً من تأثير سبب واحد وطعن او قبيح

في اغلبية اجتماع الداءين معا وقال قد شاهدت ستة احوال من استسقاء
السلسلة فمأرايت معها شيئا من الاستسقاء الخفى بل اكذب بعضهم انه لم يشاهد
ابدا استسقاء مخيا مع الاستسقاء السلسلي وسيلاتي لنا ايضا ما يقوى ذلك

المطلب الثاني

في الاستسقاء الخفى

قال بليار يقرب للعقل ان الاستسقاء الخفى الخلقى قبيحة التهاب في الاغشية
عرض في مدة الحياة داخل الرحم او عيب في التكون يعسر الوقوف عليه
ويظهر انه ضخامة غذائية في المخ ويؤيد ذلك نمو الكتلة الخفية كعظام الجمجمة
ايضا في الاجنة المصابين بذلتي فان تلك العظام تكتسب اتساعا ويختل اليبسا
نتيجة التهاب الاغشية اذ لا يمكن توضيح تلك الظاهرة من ذلك الالتهاب
وانما يصح نسبتها لزيادة التغذية وخصوصا قد علم ان الاطفال الكبار يحتاجون
بعد الولادة هم المعرضون لهذا الداء فتكون شدة الحيوية اى قوة التغذية
الشديدة في الحالة الاعتيادية من اسبابه الممكنة ثم ذكر ان الصنف الاعتيادى
هو الذى يكون مع زيادة نمو عظام الجمجمة قال ويظهر لى ان هذا الصنف
ناشئ من ضخامة مخية ججمية لا تشاهد في اصناف اخر وتلك الغضلة الغذائية
بتقويتها قوة التكون للكتلة الخفية يلزم ان تزيد في شدة افراز اغشيتها ولذلك
يكثر السائل مع زيادة حجم العضو واسباب النمو الطبيعى للاحشاء مقابل
بالدرجات الغير المحسوسة لاسبابها الغير الطبيعية وبذلك عرف كيف ان هذه
الحياة النبتية الممتعة بها اعضاؤنا في زمن تكونها قد تجاوزت قبولها زيادة
في التبعاعلية حدود حالتها المتبظمة بلجهة اولاخرى فيتسبب عن ذلك عيوب
في التكون لا تنسب لامراض شبيهة بالتي تظهر بعد الولادة وحيث عرفنا
ان بعض التشوهات قبلية نشأ من وقوف النمو فلم لا تنسب بعضها آخر لزيادة
النمو انتهى

وقال دوجيس التشوهات القاصرة على جدران الجمجمة قد تكون من
الاستسقاء الخفى سواء الباطن او الظاهر لهذا التجويف واما ثمار الالتهاب

التي شوهدت في هذه الحالة فيظهر انها تابعة للتمدد وربما كانت سابقة على التمزق
 وقد ابدى لنا الطيب دوبرول بحجة جدين طوله من تسعة خطوط الى عشرة
 فكانت لينة متكرشة مثقوبة بنقب مستدير في قعرها وليست محتوية على مخ
 اصلا ولما فتحت صارت ابعادها عظيمة بالنسبة لصغر قامة الجنين فيظن على
 حسب التعقل وما تدل عليه المشاهدة ان الاستسقاءات الخفية التي يبيح
 حصولها هي التي تنتج هذه النتيجة المغمة بحيث تفسد قابلية الجنين للمعيشة
 فاذا تأخر حصولها بقيت بدون تمزق الى وقت الولادة بل ربما كانت حينئذ
 صغيرة فهاتان حالتان والحالة الثالثة ان لا يبقى عند الولادة الاستعداد
 لاستسقاء مخي مستقبل والذي يسهل تشخيص الحالتين الاوليين بحجم الرأس
 واسترخاؤه والتعوج الذي يحس به من يافوخ الى آخره والانساع الزائد لهذه
 اليوافخ والدور المتصالبة اما في الحالة الاخيرة فتكون الجمجمة فقط كبيرة الحجم
 بالنسبة للوجه وتكون خصوصا عريضة كأنها مفرطحة من الاعلى وتبرز
 الحدبتان بروزا مخروطيا وتكون الجبهة واسعة ايضا ومتقدمة على العين
 وقد يتسع اليافوخ المقدم بل والنظفي ايضا ويبقى زما طويلا بدون تعظم
 فاذا لم يقف الداء اخذت الجمجمة في العظم شيئا فشيئا حتى بعد ان تعظم
 اليوافخ بزمن طويل فتأخذ الجبهة في البروز شيئا فشيئا وينضغط الجزء المجاخي
 منها ويقتصر القطر المستطيل من الججاج فتذهب الحافة المقدمة العليا
 لهذا التجويف الى قدام وتجاوز الجزء السفلي بكثير وتنجذب الاجنحة الى
 الاعلى فينكشف غالب النصف العلوي للقرنية الشفافة وجزء من الصلبة ويظهر
 كأن الوجه ذهب الى الخلف وتتسع الاوردة التي فوق الجمجمة ويتسوس
 معظم الاسنان بل كلها كما في كثير من المشاهدات فالطفل لا يقدر على حفظ
 هذا الرأس الثقيل الابعسر ولا يتيسر له المنى ولن استدعاء سنه والارجل
 تنقلب الى الانسية واحيانا بعد ان يمشي الطفل جيدا يتبدئ في فعل وشبات
 متواترة وينتهي بعدم القدرة على حفظ نفسه ونقع ساقاه في الشلل والضمور
 وينقسم جميع الجسم وينتقع لونه ويضعف ويكون موضوعا لآفات تشنجية

سبابة وكثيرا ما تكفى اذنى نوبة من الحمى لحصول علامات آفة مخية وتوتر اليوافنج بدل حينئذ على ان ذلك ناشئ من افراز كثير للمصل وينتهى الحال بموت الطفل بعد زمن ماطويل او قصير

وهذه الحالة المحزنة قد يبكر حصولها وان كان الغالب حدوثها عند الولادة فقط حتى وان حصل التمزق من ذاته في الرحم ومن المعلوم ان الطفل قد يعيش وينمو حينئذ لانه متأثر بجيلة امه ولا يستقر وجوده متى انفصل عنها فهو في حالة شبيهة بما اذا حصل التمزق بشدة مدة الطلق سواء كان ذلك بالحركات العنيفة الطبيعية او بوضع الجفت

فاذا حصل من الرأس مانع للولادة برز بالطريقة المعروفة في علم الولادة والغالب ان ذلك البرز يسبب الموت حالا على ان المشاهد ان هؤلاء المستسقين يموتون بدون عملية وبدون تمزق بعد ان يولدوا احياء ويكون ذلك الموت في حالة تشجية اوسبانية او في حالة امفكسيا ليست ناشئة الا من انضغاط المخ ويمكن ايضا ان يكون ذلك من عدم صلاحيته لحفظ الحياة خارج الرحم

واما الاستسقاء المخي القليل العظم او الحاصل بعد الولادة فيمكن ان يسير ببطئ فائد ولا يهلك الطفل الا بعد مدة سنين بل شوهد ايضا بقاءه الى سن متقدم جدا فتارة ينجع عنها تاما وتارة تبقى القوى العقلية معه محفوظة في الشخص وحينئذ تكتسب الجمعية ابعادا عظيمة بحيث قد تكون دائرتها سبعة وثلاثين قيراطا حينما يكون سن الطفل تسع سنين وبعض هؤلاء الاطفال عاش الى خمس واربعين سنة وخمس وخمسين وسبعين كما شوهد كل ذلك وهذه الاحوال تزد مازعه بعضهم من ان مستسقى الرؤوس ليسوا قابلين للمعيشة فالانذار على حسب ما قلنا ربما كان اقل رداة لان هناك امثلة حصل فيها شفاء تام وذلك ينزل بالاكثر على المستسقين الذين من وقت الولادة يكون معهم استعداد للشفاء اعنى ان يكون داءهم في درجة متوسطة والالتهاب الواضح الصفات في اغشية المخ لا يحجب دائما استسقاء الخلق فقد يعرض كما في الاستسقاء السلسلي ويسبب العوارض المتسوية له اذا اثر سبب من الاسباب البادية

كبدخول

كدخول هواء في قفحة جيب اتصال السلسلة فينبه هذه الاغشية ويحدث
عملاتها بياسرع التقدم غالبا وقد يوجد الاستسقاء المخي في المولودين بدون
ان يسبب اعراضا مرضية وقد يصعبه في بعض الاشخاص زيادة ثوران
في القوى العقلية وذلك يؤيد ما ذكره بليار في اسباب الاستسقاء آت المخية
لاتنا اذا تبنا سير هذا الداء زمنا ما زراه في بعض الاطفال يقوم اولامن زيادة
قوة عضوية تعطى للمخ والجمجمة زيادة حجم تحتاج الفسيولوجيون للتأمل
في شكله لياخذوا منه اشارة لقوة عقلية مرتفعة ويقوى ذلك التأسيس عندهم
كلما زادت قوة التمييز في الطفل والقوة الحساسة واتساع العقل لكن اذا دام تأثير
هذه الفاعلية الآلية الوظيفية لم يلبث الحال قليلا حتى يقل العضو وتتقص
الوظيفة ويرجعان الى حالة فساد وانحماق ويعرض الموت عقب ذلك حالا بحيث
يمكن تشخيصه قبل مجيئه

للعلاج * قد نتجج في هذه الاستسقاء آت الخلقية الخفيفة طرق كثيرة فظهر رفع
التمريخ بالمركبات الزيتية وبجرهم ادر يودات البوتاسية وفتحت الحرارة ريق
المستدامة والاستحمامات العطرية والجواهر المزة ايضا في بعض الاحوال
فاذا عرض للداء اعراض مخية ثقيلة ونحو ذلك بسبب بعض حركات حمية
اواجز تنجما او خروج اللسان نفع لتججيل الشفاء الحمامات الفاترة والعلق على
الصدغين والضمادات المرخية على الرأس ومن ذلك ما رأيت من ان الداء قطع
ادوار تناقصه حتى حصل الشفاء التام في اربع سنوات لطفل كانت دائرة
جمجمته ثمانية عشرة براطا واليا فوخ المقدم واسعا جدا والاطراف السفلى
مصابة بالشلل وغير ذلك من الاعراض المعروفة وقد جربوا الضغط التدريجي
على جمجمة الاطفال المصابين بهذا الداء برباط يسمى قلنسوة الرأس وهو
معروف قديما ونجح مع بعضهم وظن آخرون انه يعان فعله او يعدل ضرره
بتكرار وضع العلق على العنق ومدحوا ذلك كثيرا وذكروا ايضا اانة النجاح
من استعمال ذلك مع العصائب اللازمة لاجل انضغاط الجمجمة والبزل
المستعمل مع الاحتراسات الخصوصية معدود ايضا من الوسائط العملية ولكن

الى الآن لم ينتج منه نجاح مستدام بل ربما ظن خلاف ذلك واتفق لبعضهم انه
فعل البزل اربع مرات بآبرة القدح فعرض اسهال مصلي مع ذلك ثم خلو
الجمجمة فانها اولاهبطت ثم تعظمت بسرعة لكن ذكر وان هذا الطفل عرض
له بعد ذلك يسير عوارض مهلكة يقينا ومن تلك العوارض مثلا التمزقات
الحاصلة من ذاتها كالتى تحصل في الجحاج مثلا ومع ذلك يظهر ان البزل ليس
دائما خطرا كما قلنا ولا مهلكا كما لا كما قيل فقد فعل هلبوك البزل ثلاث مرات
بمضغ بدون ان يتبع ذلك شئ من العوارض غير ان الطفل لم يتم شفاؤه حينما
اشهرت تلك المشاهدة وقد علم خلاف ذلك في احوال اخر فحصل الموت عقب
استفراغ السائل وهذه الاختلافات ناشئة يقينا من مجلس هذا السائل
فمن المحقق انه انما ينتظر من البزل نتائج حميدة اذا كانت الادروسيفاليا ظاهرة
خارجة ومن سوء الحظ ان تميز ذلك تميزا صحيحا غير ممكن الى الآن لكن الرجاء
ان بتقدم المعارف وملازمة الدراسة تتضح لنا اعراض هذا الداء انضاحا
عظيما في المستقبل

المطلب الثالث

في ادروسيفالوسيل (استسقاء مخي قتي)

يلزم ان نحيل على المؤلفات الاخر ما يتعلق بالشرح التفصيلي للتشريح المرضي
والبيان التعلمي وغير ذلك لهذا الداء ونكتفي بان نذكر هنا ان تمزق الجيوب
الادروسيفالية المكونة على دائرة الجمجمة يظهر انه اصل لبعض تشوهات
مخصوصة وذلك لانه اما ان يبرز الى الخارج بعض المخ المحوى في الكيس القتي
مع الماء الذي خرج من تمزق هذا الكيس وفساده وذلك هو ما يسمى عند
جيوفروه بوندسيفاليا وقد سبق اصل هذه الكلمة واما ان تتقارب وتنضم
وتلتصق من جديد الاعضاء التى تكونت من تمددها سابقا بالجران الرقيقة
الغير القادرة على اكتساب الحياة اواقله على اكتساب الشكل الاول ومن
ذلك تنشأ العين الوحيدة ونحوها واما ان تبقى الاجزاء المتمزقة بعد التمدد منعزلة
ومثال ذلك الاتف المشقوق نصفين ولنفه صر الكلام هنا فيما يتعلق بالبحث الذى

نحن فيه ونذكر اجزاء الجمجمة التي يوجد فيها الاستسقاء المخي الفتقي فالقمة
 كثيرا ما تصاب بذلك اما بان يضيق عنق الكيس عادة قرب الجمجمة فيمر من
 وسط هذه العظمة اى القمة واما بان يمر ذلك من البافوخ الخلفي او من
 تقویر اعلى الثقب القمعدوى وقد يكون مجلس الورم في قمة الجمجمة او الخلوين
 الجبهيين او القسم المصفائي الا اني بل احيانا يمر من العظم الوتدي بين جسمه
 المقدم والخلفي ففي الاحوال الاول يكون الورم في الخارج بالكلية وفي الاواخر
 يبرز في الفم والحلق كما شوهد ذلك كثيرا وقد يوجد الورم في بعض الاطفال ايضا
 قرب احدى زاويتي العين لكن يكون حينئذ قليل الحجم وشوهد ايضا في القسم
 الصدغي

وقد ثبت بالتشريح انه يوجد غالبا جزء من المخ في الكيس الفتقي مع كمية
 من الماء محوية تارة في نفس هذا الجوهر وتارة في غلافه فالاستسقاء المخي
 الاول يكون تارعا طينيا وتارة ظاهريا وفي ذلك فرق في الانذار واحدى تلك
 الاحوال هي التي يفعل فيها البزل ليستفرغ السائل لكن يلزم ان يؤكد من قبل
 حسب الامكان عدم وجود جزء عظيم من المخ خارج الجمجمة ومن سوء الخت
 عسر ذلك ويلزم اليأس من النجاح اذا علم من حالة الجمجمة وتغير شكلها
 ونضايقتها والتصاقها وغير ذلك انه حصل لها نقص وصغر عظيم من استفرغ
 جزء مما هي محتوية عليه عندما تكون الفتق وبالاختصار انذار الاستسقاء
 المخي الفتقي ثقيل دائما سواء لمس او لم يمس وشوهد بقاءه في اشخاص الى ثنتي
 عشرة سنة من وجوده ولكن الغالب ان يعرض التهاب وتقرح في الورم
 فيحدث من ذلك التهاب مخي يقتل بعد بعض اسابيع من الحياة فقط واتفق ان
 البزل فعل مرتين فحصل منه مرة هذه النتيجة في حالة كان اليأس فيها غالبا
 يقينا غير ان الطفل طالت حياته زيادة عن ما كان يظن فعلم من ذلك ان من المهم
 جدا ان لا يشتبه هذا الداء بالغدد والسلع فان ازالته ور بطه بل وبزله ايضا
 قد يقتل الطفل لوقته ويكون الجراح هو السبب لقتله والصغات الرئيسة للداء
 هي التوج الذي يشاهد كثيرا وبعض شفافية في الورم والاستسقاء بقعة

في جدران الجمجمة نحو عنقه واتساع الدروز واليوافخ حيث يغلب حصول ذلك مع هذه الحالة ورجوع جزء من المحوى في الورم بالضغط وكذا عكسه أي زيادة توتره اذا ضغطت الجمجمة واحيانا حصل في هذه تضايق وتغير في شكلها وصلابة فيها

المطلب الرابع

في الاستسقاء السلسلي وانفصال الفقرات المسمى بداء الحذبة (اسبناجيدا) يسمون بذلك ورما او اوراما موضوعة على طول العمود القترى في محاذاة تباعد التتواتر الشوكية أي الاخلية التي بينها وتنتج من تراكم مصلى محوى في كيس مكون من الجلد واغشية الخناق ويجلس هذا الورم يكون غالبا في الجزء القطني من العمود ويندر في الظهر وادرنه في العنق ويختلف حجمه عنه مالا يبلغ حجم بندقة واحيانا لا يشاهد ورم حقيق وانما يشاهد بروز جلد شفاف يحس فيه تجموع وقد يكون كراس الطفل وشكل الورم اما قسطلي مستطيل مستديرا بانتظام او كثير القصوص او يتضاوى وتارة يكون اعظم اتساعا في القاعدة وتارة في القمة فتكون القاعدة ضيقة وتلك حالة توجد بالاكثر اذا كانت فتحة الفقرات ضيقة جدا واحيانا لا يكون عظيم الاهتمام بالنظر لحجمه بل بالنظر لسعته فثلا اذا كانت السلسلة منفتحة في جميع جزئها انطلق شوهد الجلد او غشاء آخر غيره بارزا في طولها بروزا مستويا او غير مستوي كهية جدار محدب لقناة واذ كان هناك اورام كان الضغط المقعول على احدها لا يقل حجم ورم عادة الا يزيد في حجم آخر واذ كان المجلس في القطن زاد حجمه اذا وقف المريض عموديا وقوام المرض يكون دائما في قوام كيس محتوي على سائل يزول كثيرا او قليلا بادنى ضغط خفيف يقينا نحو المص وذلك الضغط يكون في العادة مؤلما وقدميزا وهذا الاستسقاء الى باطن وظاهر وذلك التمييز مهم لتوضيح الامور الواقعية ولتتايح العمل وقسم اندرال هذا الاستسقاء الى نوعين عارضى مكتسب لا يوجد الا بعد الولادة بزمن ما وخلقى وكل منهما صنفان الاول تصكون فيه الجدران العظمية للسلسلة سليجة والثاني

تكون

تكون منفصلة عن بعضها بحيث يسمى الداء بانفصال السلسلة اعنى المسمى اسنابفيدا ويظهر ان السبب الغالب له هو وقوف نمو الجدران العظمية للسلسلة من تبطا ذلك باستسقاء في الاغشية المحيطة بالخناخ او بوقوف آخر في نمو الخناخ نفسه بحيث يبقى سائلا كما في الازمنة الاول من تكونه اما في الاحوال النادرة حيث يشاهد في الكبار فيختار كونه حاصل من تغير تابعي في تغذية الفقرات او عمل امتصاصي يرجع به الخناخ لحالته الاولى وقد شوهد الداء في جلة اطفال ولدوا من ام واحدة سواء كانوا اوتام او متفرقين

ثم هو مهما كان مجلسه ينقسم الى ثلاث درج او اصناف تختلف في المنظر وتميزها ينفع في العمل الدرجة الاولى ان يكون الجلد المغطى له سليما بجلد بقية الجسم وعلاماته المحققة لوجوده تؤخذ من مجلسه ومن التوج والاحساس يتباعد الفقرات عن بعضها فيكون الجلد في هذا الصنف معينا على تكون جذران الورم وهو اقل خطرا من الاصناف الاخر ورمما طال زمنا طويلا بدون ان يتسبب عنه اذى عارض والدرجة الثانية ان يكون الجلد شديد الرقة والشفافية وتغريه خطوط مرية بنفسجية ويكون في بعض الاحوال مجلسا لرشع مصلى صديدي او دموي يكون علامة على قرب تمزق الورم والدرجة الثالثة ان يكون الورم منفتحاً ولا يوجد في عمقه الاغشاء رقيق جدا منقب ويخرج منه مقدار من السائل المنسكب ويحيط به حوية حمراء خشنة غير مستوية مكونة من الجلد والنسيج الخلوى تحته وتكون امتن كلما قربت لحوا في التفرع الفقري وهاتان الدرجتان اكثر وجودا من الاولى ولما كان معظم الاطفال المصابين بهذا الداء يولدون غالباً مع مثل ذلك التقرح ظن بعض المؤلفين ان الجلد يشترط في تكون جذران الكيس مع ان بليار شاهد سلامة الورم وتغطيته بالجلد وعاش صاحبه نحو شهرين ومات الا بالتهاب رئوي

وفتح ورم الامتسقاء السلسلي يكون دائماً مغماً لانه يحصل منه سريعاً التهاب الاغشية وجميع العوارض التي تتبع ذلك بل والموت وقد ذكر مر جاني ان طبيباً

جاهلا فتح هذا الورم فكانت عاقبة تلك العملية مشومة لان الطفل عندما
 علمت له سقط حالا في ضعف وذبول ونحول حتى هلك في ثلاثة ايام وذكر بليار
 انه شاهد سبعة اطفال مصابين بهذا الداء خمسة منهم ولدوا باورام منتقبة
 فانوا بالتهاب صحافي سلسلي لم يلبث قليلا حتى امتد للمخ وبقي الذين لم تنقب
 اورامهم احياء زمنا ملبدون ان يظهر فيهم ادنى عرض غير انه لما عرض فساد
 جدران الكيس وحصل من ذلك الفساد سيلان السائل المحوى فيه عرضت
 تشنجات ابتدأت في اليوم الاول من الولادة ودامت الى وقت الموت ولما فحنت
 جثثهم وجد في الخمسة انصباب مصلي كثير في الجمجمة وعلى طول النخاع
 بحيث يقرب للعقل ان تباعد الفقرات والورم التابع لذلك انما كانا نتيجة طبيعية
 لتراكم هذا المصل اى للاستسقاء المخي السلسلي واما الانسان اللذان كان الورم
 فيهما صغير الحجم وموضوعا في القسم العجزي ومغطى بجلد سليم فكان المخ
 في غاية السلامة وبطينانه غير ممتدة ولم يوجد مصل الاعلى طول السلسلة
 وكان النخاع سليما فسلامة المخ ربما تنفع لاثبات ان الداء قد يتبدأ احيانا
 بالسلسلة وتظهر لبليار من البحث الزائد ان مجلس المصل كان في نفس تجويف
 العنكبوتية قال وانظن انى وجدته مرة فقط بين العنكبوتية والام الحنوتية
 فيكون مجلس هذا الاستسقاء غير مجلس السائل المخي الشوكي الذي ذكره
 ما جندى وربما كانت تلك الحاملة حاملة على ظن ان السائل المصل كما يوجد بين
 العنكبوتية والام الحنوتية يوجد ايضا في نفس تجويف العنكبوتية ولم يجد
 هذا السائل نحيينا متكدرا نذفيا الا في الاطفال الخمسة الذين كان معهم التهاب
 صحافي اى التهاب اغشية النخاع وكان صافيا غير نذفي في الطفلين الآخرين
 اللذين كان موتهما بداء غريب عن المجموع العصبي ولم يجد اقتصالا تاما بين
 سائل السلسلة وسائل الجمجمة ثم ساق بليار مشاهدات تؤيد ذلك حتى انه
 وجد صفة سائل السلسلة غير صفة سائل المخ وذكر كروفلير مشاهدة طفل
 مصاب باستسقاء مخي ولم تحموا غشية النخاع الاعلى مصل يسير والضغط على
 الجمجمة لم يوصل للقناة الفقرية نقطة من السائل ولما قش حينئذ على القشرة

التي ذكرها ما جئني وبعد مع غاية اللطف جزء الفص المتوسط للمخنج حيث
 يجاور الوجه الخلفي للبصلة الفقرية لم يشاهد تلك الفتحة وإنما شاهد غشاء فيه
 عتامة هو زائدة من الام الحنونة ارتفعت بالمصل ولما برئ هذا الغشاء خرج
 منه حالا سائل قانض فتج من تلك المشاهدة ان الاستسقاء الفقري لا يصحب
 دائما استسقاء المخ حتى ولو كان هذا الاخير عظيم الحجم وان المانع الذي يمنع
 الاستسقاء الفقري هنا هو زائدة من الام الحنونة تمتد من قلم الكتابة لجزء من
 الفص المتوسط الذي للمخنج ويؤخذ من المشاهدات التي تعارض بعضها ان
 سائل الاستسقاء المخي الفقري يكون منصبا تارة بين العنكوتية والام الحنونة
 وتارة بين ورقى العنكوتية واما القناة التي زعم ما جئني وجودها وانها
 متصلة بالمخ فيحتمل انها حالة استثنائية غير مطردة الوجود اذ ليس هناك
 مشاهدات تقويها ولو فرض الاتصال بين السلسلة والجمجمة بحيث انه
 قد يرفع السائل الى اعلى حتى يدخل في بطون المخ زاد ثقل الانذار والعادة
 ان يستشعر وان كان مع التعب بجو في القناة الفقرية مفتوحة بدرجات مختلفة
 وان تكون الصفايح مقدوفة الى اليمين واليسار ولا يوجد الاميزاب واسع واحيانا
 يوجد جسم الفقرات منشقا ايضا سواء في قسم من اقسام السلسلة او في كلها
 واحيانا اخر لا تنشق الا التواء الشوكية فقط وتكاد ان لا يتباعد عن بعضها
 والغالب ان يكون الورم لنا متموجا عديم اللون ضيقا من محل اتصاله بالقناة
 ويتسبب عن انضغاطه عوارض سباتية او تنجسية واحيانا عوارض دائمة مثل
 براليجيا وضمور الرجلين وهذا التخصيص مهم لان هناك في ادروسيف الوصيل
 قد تسبب من العملية والشق الواسع موت سريع ويكفي لاتساع مثل
 ذلك ضغط قوى على الورم اما الضغط الخفيف فيصح حفظ الورم به وحمايته عن
 المصادمات ومن المعلوم ايضا ان النخاع الشوكي يبقى غالبا سليما في وسط السائل
 المنصب وقد يدور جد رخوا لنا كما تكون جدران البطينات الهيمية في الاستسقاء
 المخي وقد يدور جد فيه مع ذلك شئ من عيوب التكون التي ذكرناها واما عوارض
 هذا الداء فتكون في الغالب معدومة متى لم يكن بين باطن الورم والهواء

اتصال ولم يضغط السائل على المخ ولا الخناص بحيث يؤدي ممارسته ما لو طاقتهما
 اما اذا انفخ الورم فانه يعرض لالتهاب اغشية الخناص ويحصل من ذلك اعراضه
 التي يحدنها غالبا والغالب تمزق هذه الاورام قبل الولادة فاذا نجت من الولادة
 كان السبب في تمزقها بعدها هو الالتهاب والتقرح والغفر ينال هذا هو السبب
 الاغلب للاستسقاء السلسلي الغير المتمزق بعد الولادة وذلك التمزق يسرع
 حصوله ويبطئ كبعث ايام او اسابيع وقد يبق الورم مدة سنين حتى يعرض
 عارض تمزق وشوهد بقاءه الى ثمان وعشرين سنة بل خمسين ولكن الغالب
 سرعته واهلا كد ويسبق هذا الانتهاء المحزن برابليجيا اى شلل النصف الاسفل
 من البدن والسبات والتشنجات وشوهد التحام التمزق في سن عشرين سنة
 وعاش الشخص مدة بعد ذلك واذا حصل التمزق في مدة الحمل لم يكن ذلك مهلكا
 للجنين حالا وانما يهلك بعد خروجه من بطن امه بايام والغالب عدم حصول
 الالتحام وقد يحصل كما شوهد اثره وقد يكون الحاد عرضا يعرض في سير بعض
 امراض فيكون نتيجة من نتائجها كالتهاب العنكبوتية او الرض الثقيل
 وقد شوهد ايضا في بعض امثلة السكتة المخية ومع احتقان الاوردة الفقرية
 وبعد امراض اخرى مخية وشوهد ايضا عقب الاقانات الحمية المصاحبة
 لاعراض تشنجية وسيا الحى الصفراء والمصل المتراكم حيث تذ في القناة الفقرية
 يكون متكدرا غالبا وقد يكون صديديا او مدما او صافيا والغالب كونه قليلا
 والمزمن كثيرا ما يكون ايضا عرضيا ولكن يظهر انه قد يكون ذاتيا كما شوهد
 ذلك في الكبار

قال اولفير وتراكم المصل الذي اعتبره سابقا مرجاني سببا لهذا الداء ليس
 كذلك بل هو غريب بالكلية عنه على رأى كروفليير فانه ظن ان سببه المحدث
 هو الالتصاق العارضى الغير الطبيعى للخناص الشوكى واغشيته بالجلد وذلك
 الالتصاق مقدم في الوقوع على تغضرف الصفاق الفقرية التي تحفظ الخناص
 بعيدا عن قناته العظمية وبموجب ذلك يمنع تكون هذه الصفاق في القسم
 الهادى له فهذا الطبيب بمقتضى هذا رأى لم يرانه يضطر للاستسقاء السلسلي

حتى يوضح تولد الانقسام السلسلي فان الالتصاق متى حصل تكون القناة العظمية غير تامة الكمال ومن المعلوم ان السائل المخي الفقري يذهب للمحل الذي تقل مقاومته له ولذا قال ان الورم يكون احيانا قليل العظم بحيث يمكن اخراج السائل بالكلية بدون ان ينتج من ذلك عارض عظيم في الطفل لكن هذا البيان لا يتم الا في الحالة التي يوجد فيها التصاقات للنخاع والاعصاب الفقرية بجدران الورم الفقري مع ان مثل هذه الالتصاقات قد لا توجد على انها لا تدل على سبب انقلاب الصفائح الفقرية التي كثيرا ما توجد منقذقة الى الخارج وتكون من الجانبين متماكية نحو كيانا والغالب ان لا نشاهد هذه الالتصاقات الا اذا كان الورم شاعلا لتقسم القطنى او المعجزى اما اذا كان شاعلا للعنق او الظهر فان النخاع الشوكى واعصابه لا تلتصق بجدران الورم

العلاج * الضغط اللطيف التدريجي على الورم هو العلاج الوحيد المناسب الاستعمال ولم تحقق لنا التجربة الى الآن نفع فتح الكيس الذي يجعل ممرات كثيرة بآلة دقيقة ولا الطريقة التي تقوم من ان يتخذ في الورم خزام لان التهاب الاغشية يحصل عقب هذه العمليات غالبا كذا قال بليار واحال في ذلك على كتاب اولفير قال هذا الطبيب الاخير وهذا الرأي الذي كنت ذكرته في الطبعة الثانية لكتابي يلزم ان ينوع من جهات كثيرة على مقتضى المشاهدات التي شوهدت الى الآن ولذا كررنا ملخص كنهاته في بعض مؤلفاتنا فنقول

الغرز المتكرر كثيرا ما نتج منه شفاء تام لهذا الدليل فقد نجح مع كوبر مرتين من ثلاثة احوال ففعل غرزا متضاعفا متتابعة في الورم بآلة دروبير ودورتي نالا مثل هذا النجاح حتى ان حالة الطفل كانت في حالتين من تلك الاحوال غير جيدة لكونه كان معه شلل وفي الحالة التي ذكرها روبرت كان عمر الطفل ثلاثة اشهر عندما ابتدأ له فعل للغرز وما عرّض التهاب شديد في جدران الورم مع تشنجات شديدة فليس عندنا منه الا مثله يسيرة فتلك العوارض تسكن

شياً فسياً من تأثير الاستفراغات الثقيلة والافساد الموضعية وجلد الورم
يسمك فيفعل فيه حينئذ ضغط براد فيه تدرى بما فيهبط الورم شيئاً فشيئاً وينتهي
بالزوال بالكلية ويبقى محله انخفاضاً وفي الطفل الذي عمل له العملية روزني
ضغط على الورم بعد الغرز المتكرر وكان مجلس ذلك الورم في القسم القطبي
فبذل انضمام وتصلب بحيث ان السلسلة فيما بعدا كتسبت في هذا القسم
قواما نصف غصروفي وزال شلل النصف السفلي مما تحت الحجاب الحاجز
بالكلية وهاتان الحادثتان عظيما الاتهام لانهما نبتتان خلاف رأى كوبر
من ان هذا الشلل الذي يمكن اعتباره مانعا للعملية لكونه قد يخاف فيها من
اصابة النخاع الفقري اصابة عميقة لم يمنع حصول الشفاء التام فهذا التضاعف
لاستسقاء السلسلة لا يمنع فعل العملية وزيد على ذلك انه يلزم دائما استعمال
الضغط على الورم بعد كل بزل لان هاتان الواسطتان يتعاونان ايضا حينئذ
على الشفاء فكل منهما يقوى الآخر

وكان هذه الامثلة تفيد نجاح الوخزات المتكررة في الاستسقاء الفقري كذلك
هناك امثلة كثيرة احدثت فيها هذه العملية عوارض مهلكة لكن لا ينبغي
ان تجعل من ذلك الحالة التي ذكرها اسكنير حيث فعل فيها الوخز سبعين مرة
لانه لم يقتصر على الوخز فقط بل كان بعد الوخز يترك في الورم انبوبة صغيرة
ليستفرغ بها السائل زمنا فزمنا بدون ان يفعل وخز جديد وكان عمر الطفل
سبعة عشر شهرا ومات بعد خمسة اشهر اوستة من العلاج قال اوفيري وعلى رأبي
لا ينبغي ان تترك الانبوبة على الدوام في الورم لان وجودها كوجود الخزام
لا يعين الاعلى ظهور التهاب شديد فيسبب التهاب الاغشية النخاعية الذي هو
في الغالب قاتل

ومن المعلوم ان الشفاء التام بالوخز يكون اقبل للنجاح كلما كان الورم اصغر
والقناة الفقرية اضيق وماعدا ذلك اذا كان الورم كبيرا الحجم جازان يجرى
النخاع الشوكي والاعصاب النخاعية الملتصقة غالبا بجدرانها وربما منعت
العوارض الناتجة من ذلك نجاح العملية التي هي غيرا كيدة ايضا اذا كان

اتصال الفقرات عظيم السعة

المبحث الخامس

في الكسر الخلقى للسلسلة والجمجمة وعيوب التكون فيهما اجمالا
 بقى علينا من الامراض الخلقية في الجهاز الخصى القبرى كسور العمود القبرى
 وعظام الجمجمة وعيوب التكون فيهما وقد ذكرنا سابقا عدم انضمام التتواتر
 الشوكية للفقرات فلم يبق علينا الا كليات في تقوس السلسلة الذي
 هو نادري المولودين والغالب ظهوره بعد الولادة ومع ذلك اذا بحث مع الانتباه
 في العمود القبرى للمولودين وجد في بعضهم هيئة مخصوصة يمكن ان تكون
 من الاسباب المهمة لذلك وتلك الهيئة تقوم من اتساع قعر او اكثر من
 فقرات الظهر عن محلها من الخلف فبدل ان تكون على خط مواز لبقية
 الفقرات تخرج عن التوازي فيوجد في محاذاتها انحناء خفيف قال بليار
 وما شاهدت ذلك الا في طفلين مولودين وربما كانت هذه الهيئة ابتداء تقوس
 وسنوضح تلك التقوسات المعيبة في آفات السلسلة
 وكثيرا ما يوجد في عظام جمجمة المولود عيوب في التكون او تفرق اتصال
 فالعيوب تتباين وقوف النمو ومن ذلك امثلة غير طبيعية عظيمة الاهتمام
 في تعظم عظام الجمجمة شاهدنا بليار في ثلاثة اطفال فالالياف العظمية بدل
 ان تذهب من مركز العظم الى دائرته كانت متقطعة وعلى هيئة كتل صغيرة
 منعزلة موضوع بينها جواهر غضروفية الشكل فاذا لمست تلك العظام من فوق
 الجلد ظن انها مخرسة او مكسورة ووجد مرة في مولود انحناءا عظيما في الجزء
 المقدم السفلى في الجدارى الايمن يظهر انه ناتج من سبب ضاغط مبخانكى وضع
 على الجمجمة مدة تعظم اجزائها

ثم ان عظام الجمجمة قد يوجد في محال منها كسور اذا كبد الرأس تعسرات
 عظيمة في الخروج من مضيق الحوض او اضطر لاجل تميم الولادة لوضع الجفت
 وقد اظهر شوسير ودوجيس امثلة من ذلك من زمن طويل والغالب
 ان تكون تلك الكسور معصوبة باحتقان غنى او سكتة وذلك التضاعف

يستدعي انتباه الاطباء اكثر من الكسور نفسها

المبحث السادس

في التفتق المخي

تسمى بذلك اورام تتكون حول الجمجمة ناشئة من خروج جزء من المخ من محله وهي نوعان الاول يشاهد في الصغار اذ لم يكمل تعظم الدروز فيهم والثاني يظهر بعد فساد جزء من الجمجمة بسبب جرح مع فقد جوهر او من عملية ثقب الجمجمة او فسوسها او نحو ذلك وهذا النوع لا يخصنا هنا وانما الذي يخصنا هو الاول الخلق فتارة يكون الورم محاطا بجلد الجمجمة المتعدد الرقيق وتارة لا يوجد هذا الجلد بل ولا الام الحافية وذلك لانداء ينشأ من عدم تعظم عظام الجمجمة وسياتي محاذاة الدروز والبواقي فتترك العظام فيما بينها الخلية واسعة اما لعدم نموها نمو كفايا بالنسبة لحجم المخ المشوه كما يشاهد ذلك في ادروسينا ليا واما لكونها كبدت وقوف حقيقيا للمخ فينتج من ذلك تباعد البواقي جدا فيبرز منها الورم مستديرا او بيضاويا رخوا بذون ان يتغيرون الجلد ويكون قليل الام او عديم وفيه ضربات موافقة لضربات النبض واذ كان الطفل ساكنا كانت خفية وتظهر للعين وبالمس من ادنى حركة وبالضغط يتقص حجمه بل قد يزول بالكلية ويزيد حجمه بالصباح والسعال والتشوب ومدى الحركات القوية لاخراج النفس واذا كبس بالاصابع حول قاعدة ما سقت عندهم بحوالي فتحة الجمجمة التي خرج منها المخ والغالب ان لا تتغير القوى العقلية لكن اذا ضغط على الورم انقطعت ممارسة هذه القوى وحدث من ذلك سبات وشلل وقى وبقيّة الاعراض التي تحدث من انضغاط المخ واتفق انه لم يضر لديه ان الاطباء يباريس سنة ١٧٧٤ عيسوية شخص مصاب بفتق المخ من الجهة فك كان عمره ثلاثا وثلاثين سنة ولم يحصل له في عمره اذى انخرام في وظائفه العقلية وهذا الماء ثقيل جدا ويوجد غالبا بل دائما مع الاستسقاء المخي الذي تقدمه لم يلبث قليلا حتى يسبب موت الطفل وتعرف طبيعته بالصفات التي ذكرناها وخصوصا بوضعه لانه يشغل دائما محلا محاذيا لاجد البواقي وسياتي الفاوخ

المقدم العلوى وشاهد الطبيب آدم من هذا الداء خمسة امثلة ونال شفاء حالتين
منهما بمعالجة شبيهة بمعالجة كوبر للاستسقاء السلسلى
العلاج * اذا كان الفتق المخي الخلقى مغطى بجلد الجمجمة نزم استعمال الضغط
اللطيف عليه دائماً وقد اعرض الطبيب سنوف لديوان الاطباء الجراحين
مشاهدة يستدل منها على جودة هذه المعالجة وذلك ان هذا الجراح استشير
في فتق خلقي في حجم بيضة دجاجة وكان موضوعاً نحو الزاوية الخلفية السفلى
للعظم الجدارى فوضع على الورم صفيحة من رصاص ملتفة بخرقة ومثقوبة
من حوافها لتشبك في فلسوة الطفل ولما عرض الورم للضغط المستدام
التدريجى بهذه الصفيحة اخذ حجمه في النقص شيئاً فشيئاً حتى زال بالكلية
وتم تعظم الدرر الزلاعى بدون عائق وشاهد الطبيب ككازان شدة فاعلية
هذا العلاج في احوال كان حجم الفتق فيها قليل العظم فاذا كان الحجم كبيراً كان
الضغط غير نافع بل ربما حصل منه اخطار ثقيلة فيلزم اذن الاكتفاء بحفظ
الورم اى استعمال بعض اجهزة تحفظه من الاجسام الغريبة الخارجة
واحتكاك الملابس

والطبيب آدم لم يتيسر له ان يستعمل في احد من مرضاه الضغط باى كيفية
كان بخلاف البزل للاستسقاء فانه نال منه نتائج نافعة في الغالب فهو مختار
عنده في معظم الاحوال ولم ينصح معه امتزاج الضغط بالبزل في حالة اجتهاد فيها
في عمل ضغط منتظم لطيف جداً بعد استفراغ السائل ببزل الكيس فحدث
للطفل تشجات عندما وضع الرباط وذكراً آدم ايضا مثالا من هذا الفتق الخلقى
استفترغ منه بالبزل الضيق مقدار عظيم من المصل فخرج الطفل حالاً من حالة
العتة والحد الذي كان فيه غير ان السائل لم يلبث قليلاً حتى تولد نانياً وعرض
الموت في اليوم التاسع

واتفق ان طفلاً عمره ست سنين كان معه من وقت ولادته ورم في حجم
بيضة دجاجة موضوع بالعرض تحت الحذبة القاعدية واما بقية الرأس
فكانت في غاية الانتظام وكانت اليوافخ مفسدة من مدة طويلة وكان هذا الورم

مائل الى الاسفل وانخلف نحو العنق وفيه ضربات موافقة لضربات القلب
 ويزيد حجمه من تأثير السعال والعطاس واذا ضغط عليه وجد رخوا كأنه كتلة
 من صوف ولم يحصل له من هذا البحث ألم والورم من وقت ولادة الطفل لم يزد
 حجمه الا ان الجلد اخذ في زيادة الشفافية ببطئ وصار دقيقا في بعض المحال
 بحيث يظهر انه يلزم ان يتمزق ويخرج منه السائل الذي يميز من تحته فلاجل
 الحذر من هذا التمزق الذي يحصل من ذاته فعزل الطبيب آدم بزلا بإبرة دقيقة
 جدا فسال من الفتحة نحو نصف اوقية من السائل وصار الكيس مسترخيا
 وعرف في تجويفه وورم في حجم بندقة مكوّن حسبا يقرب للعقل من جزء
 من القصوص الخلفية للمخ فتقل الطفل هذه العملية الصغيرة بدون ان
 يعرض له عارض حيث قد غيران الورم في اليوم الثاني رجع له حجمه الاول
 فاعيد له البزل بعد بعض ايام ونج منه ما نتج من البزل الاول وبالجملة كرر ذلك البزل
 سبع مرات فكانت نتيجته كما ذكرنا وابتدت في مرة منها الابرة الدقيقة بموضع
 وحصل عقب هذا الشق قليل حبي

فمن تأثير هذا العلاج البسيط رجع الجلد على نفسه ببطئ واكتسب حجمه
 الاعتيادي ولم يكن ان يقاوم زمنا طويلا التمدد المسبب عن تراكم السائل
 ومرات البزل لما اخذت في التباعد عن بعضها شيئا فشيئا اخذ السائل في القلة
 ومع ذلك لم يحصل من زواله نقص في حجم الورم الصلب المتكون حسبا يقرب
 للعقل من الفتق المخي مع ان الطفل كان ممتعا بصحة جيدة

قال بليار وهناك نوع من الفتق المخي اندر من السابق ولم اعثر عليه الا مرة
 واحدة ولا علم له ولقينا مثلا غيره وها هو قصة هذا المثال المحتوى على عيب
 في تكون الجمجمة وفتق في المخ وهي طفل اثنى عمره يوم واحد دخل بيت المرضى
 في الثاني والعشرين من شهر وكانت قوته متوسطة وجلده احر جدا ولم يكن
 معه شيء من الاعراض الا اسهال فيه بعض كثرة وكان صياحه قويا وتفسه
 خالصا ومعفه في الجزء الجانبي الايسر من الوجه امام الاذن وورم قطره نصف
 قيراط وهو تام الاستدارة وبارز من الاسفل اكثر من الاعلى حيث يختلط

بجلد الجمجمة اما من الاسفل فله حافة بارزة محدودة وكان الجلد المغطى له سليما
 ومجرا كبقية الوجه وكان ذلك الورم مؤلما وفيه بعض استرخاء عند اللمس
 وكانت الجبهة منضغطة جدا من الاعلى الى الاسفل وفيها بروز عظيم من الامام
 والاجفان هابطة في الحجاج ومن زيادة قريحها البعض لم تتأت مشاهدة المقلة
 ويوجد على الجانب الايسر من الجمجمة اثر الاتهام مستطيل مجر وحوافيه
 بارزة قليلا ويظهر انه انما تبس من زرع قريب وبقي هذا الطفل بيت المرضى
 الى اليوم العشرين من الشهر التالى حيث مات اذ ذلك ولما قفحت جثته وجد
 التهاب شديد في القناة الهضمية ووجد الجهاز التنفسي سليما والنصف الكرى
 الايسر من المخ اقل حجما من اليمين بالثلث ولم يكن الجيب المستطيل العلوى
 ولا شرشرة المخ موضوعين على الخط المتوسط للجمجمة وانما كانا متجهين
 بانحراف من الجزء المتوسط من الجبهة الى الجزء الجانبي الايسر من الحفرة
 القاعدية ووجد جزء النصف الكرى الايسر الساكن عادة في الحفرة
 الجانبية المتوسطة من قاعدة الجمجمة منقذفا الى الخارج في شبه كيس مكون من
 الغنكبوتية والام الجافية والجلد فكان الورم الذى ذكرناه مكونا في ذلك الجزء
 المخي وخرج من تجويف الجمجمة من فتحة واسعة ناتجة من الفقد التام للجزء
 القشرى الذى للعظم الصدغى ولم يقم ذلك الجزء الامن ثنية نهايتها خطان
 وانحنى الى الخارج بحدار قوقعة وكانت زاوية العظم الجدارى موجودة
 ومكونة للجزء العلوى من القوقعة وكانت اغشية المخ بكوهره محتقنة بالدم
 فمن الواضح ان هذا الفتق كان نتيجة الضغط الذى حصل للجمجمة والمخ يقينا
 مدة الحياة داخل الرحم واما عدم نمو الجزء القشرى من العظم الصدغى فيقرب
 للعقل انه تسبب من الضغط الحاصل عليه من الجزء المحاذى له من المخ انتهى
 واذا تعوق التعظم لعظام الجمجمة جازان يتفق المخج ايضا وهذا الداء
 هو سابقا برنسي فالوسيل اى فتق المخج وهو اندر من فتق المخ الحقيقى وقد
 شوهد منه بياريس مثالا سنة ١٨١٣ احدهما شاهده لاند وكان
 موضوعا على القعدة فظنه سلعة وابدا في استئصاله ثم اوقف نفسه لما رأى

اللون الابيض اللامع للام الجافية ولا سيما عندما شاهد ان الورم خارج من
 فتحة في عظم القمعدوة ولم تلبث البنت الصغيرة التي عمل لها ذلك حتى ماتت
 بعد بعض ايام ولما فتحت جنتها عرف ان الفتق محاط بالام الجافية واندفع نافذا
 من فتحة في العظم القمعدوى وانه يحتوي على جزء مستطيل من فصى المخنج
 وثانيهما مثال شاهده بافوس بعد الاول يسير وامتنع هذا الجراح من فعل
 العملية خوفا من ان يحصل له كما حصل للطبيب لالند ذات الطفل ولما قصت
 جنته وجدت حالة الاعضاء كما في مثال لالند وذلك اخرج الجراحين لان
 يخشوا مع غاية الاتباه في الاورام التي يجردونها في القسم القمعدوى لما فيهما من
 اخطار الاستئصال والفتح اذا كانت مكونة من المخنج
 فاذا كانت الفتوق الخمية كبيرة والحجم وخالية من جلد الجمعية في كلاها اخرجتهما
 وكان عدم تعظم هذا التجويف عظيما لم يكن للوسائط العلاجية دخل في
 الشفاء فتولد الاطفال الذين معهم ذلك امواتا او يموتون بعد الولادة يسيران
 في هذه الاحوال يكون جزء عظيم من المخنج في كيس واسع مكوّن من
 اغشيته المستطيلة وكثيرا ما يتلف جزء منه فيعدم الجلد او يكون خاليا من الشعر
 رقيقا جدا فينبكون منه غشاء مجر نصف شفاف رخو يسهل تمزيقه ويوجد
 في الجمعية فتحة مختلفة السعة وهي التي خرج منها الورم وتكون
 غالباً موصوعة في محاذاة الدروز واليوافنج ويندركونها في عظمة من العظام
 المسطحة من الجمعية وتكون تلك الجمعية في الغالب ضيقة ومشوهة الشكل
 وقدم عن قريب لديوان الجراحين طفل مولود مصاب بفتق مخي في حجم قسطلة
 غليظة وكان الورم موضوعا اعلى جذر الالف ويظهر انه خرج من ثباعد قطعتي
 الجبهة عن بعضهما قال بريشميه قد شرحت بنشديد الراء ورما في حجم
 قبضة كف وله عنق وكان خارجا من اليافوخ الخلقي وزالت منه بالكلية
 تعاريج الجزء الخارج من المخنج حتى تكون منه جدران تجويف عظيم ملؤه
 بالمصل الشفاف وله اتصال بالبطن الايسر بواسطة قنطرة ضيقة وحصل من
 الطفل الذي معه ذلك بعض حركات ضعيفة عند الولادة ومات عقبها

الفصل الثالث

في امراض الجهاز المخي الشوكي الحاصلة بعد الولادة

وفيه ثلاثة مباحث

المبحث الاول

في الاحتقانات في هذا الجهاز وسكتة المولودين

الاحتقانات الضعفية في الجهاز المخي الشوكي كثيرة الحصول في المولودين وتنشأ فيهم من كثرة الاوعية وبطئ الدورة وتأثير التنفس على الدورة السلسلية والمخية والذي يوضح لنا كثرة الاحتقان في هذا الجهاز وطول الولادة والجذبات اللازمة لفعليها في الاعمال والتعبير الذي يكابده التنفس فيهم والتغير الفجائي الذي يعرض في دورة الطفل ويختلف ذلك الاحتقان من ادنى ما يكون في الأغشية الى السكتة الحقيقية

وقد سمى المؤلفون بسكتة المولودين عموما بجملة درجات من هذا الاحتقان المخي بل الغالب ان الاطفال الذين يموتون في حالة سكتية لا يوجد في جثثهم الانصباب الدموي ولا النزيف المخي المحدود الذي يقوم منه الداء المسمى بذلك ايضا في الكبار بالغين وذلك الاحتقان في الأغشية والنخاع او المخ كثير الحصول للمولودين بحيث يظهر ان جعله حالة طبيعية اصوب من جعله حالة مرضية لانه يوجد في كثير من رحهم ويكثر فيهم ايضا الاحتقان الوعائي بل وانصباب الدم في الطرف السفلي الخلقى للسلسلة قال بليار وقد شاهدت ذلك مع كونه لم يحصل منه مدة الحياة اعراض مهمة فاذا امتد الاحتقان فيهم لم يلبث قليلا حتى يحصل منه تخرير دموي على سطح اغشية الدماغ وتنفذ غالباً من الدم الحاصل من ذلك كمية كثيرة او قليلة فتضغط على المخ والنخاع الشوكي ويحصل من ذلك سبات وهبوط هي صفات السكتة وذلك النزيف الخارج عن السكتة المخية هو ما يحصل غالباً للأطفال الذين يقال فيهم انهم ماتوا بالسكتة وسماه الطبيب سير بالسكتة السحائية نسبة لاغشية المخ ونسبها لتتفرق بعض فروع وعائية من الفروع التي ترشح على سطح المخ

قال اولقيير اعتبر كرو فليير على حسب مشاهداته ان هذه السكتة هي السبب لموت ما يزيد عن ثلث الاطفال الذين يموتون قبل الطلق يسيرا وفي مدة الولادة وشاهد اثرها في معظم الاحوال التي تنسب في العادة للاسفاكسيا والضعف المولودين وصفتها التشريحية اللازمة هي انصباب دم سائل في تجويف العنكبوتية يكون في الغالب محدودا فيما حول المخج وكثيرا ما يكون مع ذلك محيطا بالنصوص الخلفية للمخ وقد يغطي المخ والمخج بطبقة من دم يعسر كشف ينموه في غمرقات الاوردة السطحية ويندر ان يشغل تجويف البطينات ولم يشاهد كرو فليير هذا الانصباب في قس جواهر المخ والمخج وفي جميع الاحوال تكون الام الجافية القشرية ممتدة بدم سائل محوى في تجويف العنكبوتية والمنسوج الخلوى الذي تحتها وكثيرا ما تعجب هذه الانصبابات بورات دموية تحت جلد الجمجمة تختلف عن الارتشاح المصلى الدموى الناتج من عمل الولادة وكثيرا ما توجد اكدام وبورات صغيرة دموية بين السمحاق وعظام الجمجمة (سيغالمايوم) وليس جميع الاطفال المصابين بالسكتة يولدون امواتا لان كثيرا منهم ينفسون تنفسا كاملا او غير كامل اما بانفسهم او من الاحتراسات التي تفعل لهم زمنا طويلا وبعضهم يعيش يوما واحدا او جملة ايام في حالة ضعف وخدر وعدم حركة وبرد عظيم منسوب ذلك للضعف ولادى ويقرب للعقل ان منهم من يعيش ويمتص الدم المنصب معه تدريجا

وقد يصب هذه السكتة اكدام في الرئة وفي الغدة تيموس تنشأ يقينا من السبب الذي احدث السكتة قسما وتحقق التكبد والطحال بالدم ويكون الغشاء المخاطي المعدى المعوى شديدا لاحتقان ويعسر عابا تعيين سبب هذه السكتة وقد شوهدت عقب الولادة المريضة وبعد الولادة التي كان الطاق فيها طويلا شفا وقد يظهر انها حاصلة من خنق العنق بالحبل ومن انضغاط الحبل نفسه وظن كرو فليير انها تنشأ دائما من سبب ميخا نكي انتهى وسطح الجسم يظهر كانه منتفخ ولونه بنفسجي او ازرق مسود وذلك يكون اكثر وضوحا في الاجزاء

العليان من الجسم وسما الوجه ويكون اوضح في الذين التف خبيلهم السرى على
 عنقهم فان هؤلاء يحصل فيهم ايضا زيادة عن ذلك رجوع الدم في الاوردة
 الوداجية ومنعه عن الدوران بسبب التفاف الحبيل على العنق وتكون
 العضلات عديمة الحركة والاطراف باقية على انشائها والجسم حافظا لحرارته
 وتكون ضربات الحبيل والنبض والقلب في الغالب خفية بل غير محسوسة
 ولما كان يوجد في الرمة احتقان او عية المخ وانصباب الدم على الاغشية
 او في جوهر المخ مع احتقان الرتين سهل معرفة توضيح هذه الحالة فلاجل
 ازالته يلزم اما ارجاع الاطلاق للدورة في المشيمة وذلك لا يمكن واما تحصيل
 التنفس فيسهل نفوذ الدم في الرتين غير ان انضغاط المخ يسبب شلل العضلات
 وسبب عضلات التنفس فاذا لم يكن هناك الا مجرد احتقان في الاوعية كان
 الخطر قليلا لكن يكون ذلك مهلكا اذا كان الانصباب في جوهر المخ
 ومن سوء اليخت انه ليس هناك علامة تدل عليه حتى يؤسس عليها الانذار
 وانما راعى هؤلاء الاطفال مراعاة التداوى واول دلالة لذلك هي ازالة انضغاط
 المخ واحتقان الرتين وينال ذلك بقطع الحبيل السرى سريعا وترك ليسيل منه
 مقدار من الدم والغالب انه متى سال منه بعض ملاعق صغيرة عاد التنفس
 اذا لم يكن هناك مانع يمنع نفوذ الهواء في الرتين كحالة مخاطية سادة للقم الخلفي
 فان كانت ازيلت بلطف فيزول اللون الازرق تدريجا لكن بسرعة ويتبدل بلون
 وردي اولا على الشفتين ثم الخدين ثم باقى الجسم وفي بعض الاحيان تضعف
 الدورة بحيث لا ينصب الدم من الشرايين السرية فيمكن حينئذ ان يمرض
 السيلان بغمس الطفل في حمام فاتر وعصر الحبيل مرات كثيرة من محل
 اندغامه الى محل قطعه وذكروا ايضا الضغط على البطن بلطف واظن ان ذلك
 غير نافع بل لا يخلو عن خطر فاذا لم ينل سيلان الدم بتلك الوسائط مع ان ذلك
 نادر لزم وضع علكة على قاعدة كل اذن فان ذلك ناجح وفي بعض الاحيان تعبد
 الحالة السكتية او تظهر اول مرة بعد حصول التنفس بل ربما حدثت في اليوم
 التالى للولادة بدون سبب مشاهد وقد يكون سببها مانع ما يمنع سير الدم في الرئة

كما سبق التنبيه على ذلك فحينئذ يصبح الطفل صيا حاشدا طويلا وينتفخ الوجه
 ويكون لونه كما سبق وتتلون الايدي والارجل بلون الوجه فتلك الاعراض
 تحصل في هذه السكته التي يصح ان تسمى تابعة غير ان التنفس يأخذ في القلة
 والضعف ويضعف الصوت بل يزول واوصوا حينئذ بحمل الرباط او قطعه مع
 ان من النادر نزول الدم من الحبل حينئذ لكن متى قطع من تحت الرباط سال
 منه الدم وقد ينال نفع كثير في هذه الحالة من وضع العلق ويندرج الاحتياج
 لاكثر من ثنتين فالقصد باى كيفية كان يكفي لارجاع التنفس وحياة الطفل
 ولكن كثيرا ما يحتاج لغيره من الوسائط وليستظر ذلك في اسفكسيا الاطفال
 واحتقان النخاع الشوكي كثيرا الحصول للاطفال ايضا ويكون على شكل احمرار
 تقطى او رملي ويلون احيانا جوهر العضو بلون احمر واضح ويوجد بالاكثر
 على الاجزاء الجانبيه للاجسام المضطعة والطبقات البصرية حيث توجد هناك
 اوعية المخ بكثرة وتحصل فيها غالبا الانزفة والالتهابات النخية في جميع
 ازمنة الحياة ويؤكده ذلك مشاهدات مر جاني والابحاث الجديدة من الطبييين
 لالمنذ وبولمود ولا يخفى ان العلاج هنا نظير ما سبق
 ويمكن لكن على سبيل الندرة ان يوجد نزيف مخي محدود قال بليار ولم يجد
 من ذلك الاحالة واحدة ومات الطفل في اليوم الثالث بعد الولادة وكان معه
 الاعراض الاعتيادية للسكته ووجد في فتح الجثة انصباب دموي موضوع
 في محك النصف الكرى الايسر وعلى الاجزاء الجانبيه للاجسام المضطعة ولم يكن
 هنالك كيس واضح وانما كان في جوهر المخ قليل لين في المحل المحيط بالانصباب
 الذي كانت سعته في الطول قيراطا ونصفا وفي العرض نصف قيراط
 قال اولفير وهنالا مر واقفى شاهده برار الصغير ويدل على ان النزيف المخي قد
 يحصل مدة الحياة داخل الرحم بحيث يلزم ان تعد السكته من الاقوات التي
 قد تمت الجنين قبل الولادة وتسبب الولادة قبل تمام الاشهر وكان عمر الجنين
 الذي شاهد فيه برار هذا التغير المهم ثمانية اشهر ونصفا وحجم خبطة الدم
 قدر الجوزة وكانت ثاوية في الجوهر المخي وقد وجدت مرة في احدى

البطينات الجانبية لمخ جنين عمره ستة اشهر خلطة دموية طويلة ذات قوام ولم يوجد على سطح الرمة آثارا اعمال شاقة ولا ندرى شيئا من احوال هذا الاسقاط لهذا الطفل

بقى علينا ان نبينك على امر وهو انه يعسر ان تشاهد في الاطفال الصغار النتائج المتخلفة لسكتة النصف الكرى الايمن او الايسر اى ظهور الاعراض في الجانب المخالف لجانب مجلس السكتة كما يشاهد ذلك في الكبار لما ذكرنا في نمو المخ من ان هذا العضو عند الولادة يكاد ان يكون مجرد رسم فلا يكون متمعا بالشكل الا تلى ولا بالخواص الحيوية التى لا تكسب الا بتقدم السن

المبحث الثانى

فى اللين الغير التهابى فى المخ

هناك آفة خاصة بمخ المولودين وتكون نتيجة واضحة لاختقانات هذا العضو وتلك الآفة هى اللين المحدود او العام الذى لا يوجد فيه صفات التهابية وانما توجد فيه العلامات الدالة على الفساد وتحليل التركيب بل ربما قيل على بعض العضو قال المؤلف وهما هو مثال من ذلك * طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى فى الثامن عشر من شهر ربيع وكان مصابا بتيديس عام فى المنسوج الخلوى وكان جلده احمر بنفسجيا فى جميع الجسم وصياحه اختناقيا شاقا واحيانا حادا جدا وصدره خفى الرنانة وما عدا ذلك كان مصابا باسهال مادة خضراء كثيرة وكانت ضربات القلب سريعة الا انها صغيرة ولم تتغير حالته فى الايام التالية ومات فى الحادى والعشرين من ميه ولما فحنت جثته وجد الجهاز الهضمى شديد الاحتقان فى جميع سغته والكبد محتقنة بدم اسود سائل ومنسوجها متينا ولونها اسمر من رقا والرتان مسترخيتين مسودتين قليلتى التمدد بالهواء ومحتويتين بالدم فى حاقهما الخلفية والقوهرات الجنبية باقية ايضا واغشية المخ شديدة الاحتقان والجوهر المخى مجرا وعلى هيئة مرقة ندفية تسيل من جميع الجهات اذا شقت العنكبوتية وتنتشر منها رائحة الادروجين المسكر بن الواضح وامتد هذا اللين الى البطينات الجانبية حيث

توجد كمية عظيمة من دم منصوب وباقي المخ لين ايضا ولونه بنفسجي غير انه متين
القوام لا يسيل وليس لونه كالبياض من النصفين الكريين الى
البطينات فمن الواضح هنا ان هذا الفساد العام للمخ كان نتيجة ملامسته
وغمره في الدم المنصب في البطينات والمرشح في جوهه الخاص ولما رأينا لونه
الذي هو في الجوهر الخاص بالمخ كدردي التبيذ ورأيت في الادروچينية
الكبريتية علمنا انه كان نتيجة خلط الدم بجوهر المخ لانه يوجد غالباً مع ذلك
نزيف مخي لكن هذا النزيف اذا كان جديداً جازان يوجد وحده بدون ان يلين
جوهه المخ وانما يشاهد اماً على الجزء العلوي للنصفين الكريين او خارج
الاجسام المضلعة نقط من المخ ابداً فيها اللين وتنتشر منهاراتحة مخصوصة
بهذا الفساد واظن من جهة اخرى ان اللين المخي قد يسبقه النزيف وربما حصل
هذا منه وقد وجدته مرات كثيرة بدون ان يكون معه انصباب دموي
وقد لا يوجد هذا اللين الا في فص واحد وقد يوجد في القصين معاً وكثيراً
ما يفسد منه جميع الكتلة المخية بحيث اذا قممت الجمجمة لا يوجد فيها الا شبه
مرقة ندفية مسودة مخلوطة بخلط دموي كثيرة وندف لبية وهناك امر
عظيم الاهتمام وهو ان اغشية المخ تبقى دائماً سليمة من هذا الفساد وان الاطفال
مع وجود مثل هذا الفساد يعيشون بعض ايام لكن حياة ضعيفة غير انهم
يتنفسون ويصيحون جيداً وربما رضعوا وذلك ناشئ من كون الفساد في الغالب
وقف قرب النخاع المستطيل فبقى ذلك النخاع سليماً متسلطناً مع النخاع الشوكي
على ظاهرات الحياة فيصف ظواهر زماناً وكثيراً ما وجدت هذا اللين في المولودين
الذين ماتوا عقب الولادة حالا وذلك حلتى على ظن انه حصل في مدة اقامة
الجنين في الرحم فاذا لان النخاع المستطيل والنخاع الشوكي ايضا كانت القوة
الحسوية مع الطفل ضعيفة فتكون اطرافه في حالة استرخاء تام ووقوف
عن الحركة ويعدم صياحه بالكلية ويصير الاستشعار بضر بات القلب وتكون
اطرافه باردة والازدراد يكاد ان لا يوجد ولم يلبث الطفل قليلاً حتى يموت في
حالة ضعفية واذا قممت جثته وجد الفساد عاماً بجميع المركز العصبي وبه توضح

الاعراض وموت الطفل وهذا اللين يكون أكثر حصولا في جوانب النصفين
الكرين وقرب الاجسام المضلعة منه في بقية اجزاء المخ واعراضه تكون اقل
كلما كان أكثر سرعة واقرب للثقاع المستطيل فانذاره مغم جدا لان الظاهر
ان الموت نتيجة له لازمة الحصول وبالجملة هو آفة من نتائج الاحتقان اذا علم
باعراضه كانت الصنعة عاجزة عن مقاومته فالاولى تركه للطبيعة ومعالجة
الاعراض فقط

المبحث الثالث

في التهاب الجهاز المخي الشوكي

من الشائع يقينا كون المخ يبق في الطفل من الاعضاء التي تتكون اخيرا لانه
لو كان ممتعا زمن الولادة بجميع الخواص العضوية التي نشاهد في الجهاز
الهضمي والتنقيسي لكان معرضا مثلها لالتهابات كثيرة ولكن حالته
اللبية اى الغير الالية جعلته محفوظا من تلك الالتهابات التي قد تظهر عقب
الاحتقانات التي يكون هو مجلس الهادئما وقت الولادة ولذلك يصح ان نجزم
بان الالتهاب الحقيقي الواضح الصفات في اللب المخي نادر في المولودين واكثر منه
التهاب الاغشية وليكن هذا المبحث مشتملا على خمسة مطلب

المطلب الاول

في التهاب اغشية الثقاع

التهابات الاغشية الثقاعية أكثر حصولا من التهابات الثقاع نفسه ويحصل
منها تشنجات في الاطراف واحيانا في الوجه خصوصا اذا امتد الالتهاب نحو
قاعدة الجمجمة قال بليار وجدت في عشرين مرة من ثلاثين حالة من احوال
تشنجات المولودين التهابا واضع الصفات لاغشية الثقاع وستة من هؤلاء
العشرين اجتمع فيهم التهاب اغشية المخ والثقاع معا بحيث يقرب للعقل ان
تشنجات الاطفال المولودين تكون غالبا نتيجة تهيج او التهاب في الاغشية
الفقرية والملاحظة الآتية يؤخذ منها كيفية ظهور اعراض التهاب الاغشية
وسيرها

شيأ فشيأ من تأثير الاستفراغات الثقيلة والافساد الموضعية وجلد الورم
يسمك فيفعل فيه حيثئذ ضغط يراد فيه تدرجاً فيهبط الورم شيئاً فشيأ وينتهي
بالزوال بالكلية ويبقى محله انخفاضاً وفي الطفل الذي عمل له العملية روزتي
ضغط على الورم بعد الغرز المتكرر وكان مجلس ذلك الورم في القسم القطبي
فنبيل بذلك انضمام وتصلب بحيث ان السلسلة فيما بعدا كسبت في هذا القسم
قواماً نصف غصروفي وزال شلل النصف السفلي مما تحت الحجاب الحاجز
بالكلية وهاتان الحادتان عظيمتا الاهتمام لانهما يثبتان خلاف رأى كوبر
من ان هذا الشلل الذي يمكن اعتباره مانعاً للعملية لكونه قديحاً فيهما من
اصابة النخاع الفقري اصابة عميقة لم يمنع حصول الشفاء التام فهذا التضاعف
لاستسقاء السلسلة لا يمنع فعل العملية ويزيد على ذلك انه يلزم دائماً استعمال
الضغط على الورم بعد كل بزل لان هاتان الواسطتان يتعاونان ايضاً حيثئذ
على الشفاء فكل منهما يقوى الآخر

وكما ان هذه الامثلة تفيد نجاح الخزعات المتكررة في الاستسقاء الفقري كذلك
هناك امثلة كثيرة احدثت فيها هذه العملية عوارض مهلكة لكن لا ينبغي
ان تجعل من ذلك الحالة التي ذكرها اسكنير حيث فعل فيها الخزعة سبعين مرة
لانه لم يقتصر على الخزعة بل كان بعد الخزعة يترك في الورم ابوبة صغيرة
ليستفرغ بها السائل زمناً فزمناً بدون ان يفعل وخز جديد وكان عمر الطفل
سبعة عشر شهراً ومات بعد خمسة اشهر اوسمة من العلاج قال اولفير وعلى رأى
لا ينبغي ان تترك الابوبة على الدوام في الورم لان وجودها كوجود الخزام
لا يعين الاعلى ظهور التهاب شديد فيسبب التهاب الاغشية النخاعية الذي هو
في الغالب قتال

ومن المعلوم ان الشفاء التام بالخزعة يكون اقبل للنجاح كلما كان الورم اصغر
والنخاع الفقري اضعف وما عدا ذلك اذا كان الورم كبير الحجم جازان يجرح
النخاع الشوكي او الاعصاب النخاعية الملتصقة غالباً بجدرانه وربما منعت
العوارض الناجمة من ذلك نجاح العملية التي هي غيرا كيدة ايضاً اذا كان

اتصال الفقرات عظيم السعة

المبحث الخامس

في الكسر الخلقى للسلسلة والجمجمة وعيوب التكون فيهما اجمالا
 بقى علينا من الامراض الخلقية في الجهاز الخصى الفقري كسور العمود الفقري
 وعظام الجمجمة وعيوب التكون فيهما وقد ذكرنا سابقا عدم انضمام التتواتر
 الشوكية للفقرات فلم يبق علينا الا كليات في تقوس السلسلة الذي
 هو نادري في المولودين والغالب ظهوره بعد الولادة ومع ذلك اذا بحث مع الانتباه
 في العمود الفقري للمولودين وجد في بعضهم هيئة مخصوصة يمكن ان تكون
 من الاسباب المهمة لذلك وتلك الهيئة تقوم من اتساع قعر او اكثر من
 فقرات الظهر عن محلها من الخلف فبدل ان تكون على خط مواز لبقية
 الفقرات تخرج عن التوازي فيوجد في محاذاتها انحناء خفيف قال بليار
 وما شاهدت ذلك الا في طفلين مولودين وربما كانت هذه الهيئة ابتداء تقوس
 وسنوضح تلك التقوسات المعيبة في آفات السلسلة
 وكثيرا ما يوجد في عظام جمجمة المولود عيوب في التكون او تفرق اتصال
 فالعيوب تتاخر وتوقف النمو ومن ذلك امثلة غير طبيعية عظيمة الاهتمام
 في تعظم عظام الجمجمة شاهدنا بليار في ثلاثة اطفال فالالياف العظمية بدل
 ان تذهب من مركز العظم الى دائرته كانت متقطعة وعلى هيئة كتل صغيرة
 منعزلة موضوع بينها جواهر غضروفي الشكل فاذا لمست تلك العظام من فوق
 الجلد ظن انها مهروسة او مكسورة ووجد مرة في مولود انحناءا عظيما في الجزء
 المقدم السفلي في الجداري الايمن يظهر انه ناتج من سبب ضاغط مخانكي وضع
 على الجمجمة مدة تعظم اجزائها

ثم ان عظام الجمجمة قد يوجد في محال منها كسور اذا كبد الرأس تعسرات
 عظيمة في الخروج من مضيق الحوض او اضطر لاجل تميم الولادة لوضع الجفت
 وقد اظهر شوسيير ودوجيس امثلة من ذلك من زمن طويل والغالب
 ان تكون تلك الكسور معطوبة باحتقان مخي او سكتة وذلك التضاعف

يستدعي اقتباه الاطباء اكثر من الكسور نفسها

المبحث السادس

في القتن المخي

تسمى بذلك اوام تتكون حول الجمجمة ناشئة من خروج جزء من المخ من محله وهي نوعان الاول يشاهد في الصغار اذ لم يكمل تعظم الدروز فيهم والثاني يظهر بعد فساد جزء من الجمجمة بسبب جرح مع فقد جوهر او من عملية ثقب الجمجمة او فسوسها او فحود ذلك وهذا النوع لا يخصنا هنا وانما الذي يخصنا هو الاول الخلق فتارة يكون الورم محاطا بجلد الجمجمة المتعدد الرقيق وتارة لا يوجد هذا الجلد بل ولا الام الحافية وذلك لانداء ينشأ من عدم تعظم عظام الجمجمة وسيأتي معاذة الدروز واليوافخ فتترك العظام فيما بينها الخلية واسعة اما لعدم نموها نمو كفايا بالنسبة لحجم المخ المشوه كما يشاهد ذلك في ادر وسيقا ليا واما لكونها كبدت وقوف حقيقيا للمخ فينتج من ذلك تباعد اليوافخ جدا فيبرز منها الورم مستديرا او بيضاويا رخوا بذون ان يتغيرون الجلد ويكون قليل الام او عديمه وفيه ضربات موافقة لضربات النبض واذ كان الطفل ساكنا كانت خفية وتظهر للعين وبالمس من اذنى حركته وبالضغط يتعشى حجمه بل قد يزل بالكلية ويزيد حجمه بالصباح والسعال والتساوب ومدد الحركات القوية لاخراج النفس واذا كبس بالاصابع حول قاعدة ما استقر بمحوى في قصة الجمجمة التي خرج منها المخ والغالب ان لا تتغير القوى العقلية لكن اذا ضغط على الورم انقطعت ممارسة هذه القوى وحدث من ذلك سبات وشلل وقى وبقيّة الاعراض التي تحدث من انضغاط المخ واتفق انه لم يحضر لديوان الاطباء ياريس سنة ١٧٧٤ عيسوية شخص مصاب بقتن المخ من الجهة فك كان عمره ثلاثا وثلاثين سنة ولم يحصل له في عمره اذنى انحراف في وظائفه العقلية وهذا الماء ثقيل جدا ويوجد غالبا بل دائما مع الاستسقاء المخي الذي قدمه لم يلبث قليلا حتى يسبب موت الطفل وتعرف طبيعته بالصفات التي ذكرناها وخصوصا بوضع لانه يشغل دائما محلا محاذيا لاحد اليوافخ وسيأتي افوخ

المقدم العلوى وشاهد الطبيب آدم من هذا الداء خمسة امثلة ونال شفاء حالتين
منهما بمعالجة شبيهة بمعالجة كوبر للاستسقاء السلسلى
العلاج * اذا كان الفتق الخفى الخلقى مغطى بجلد الجمجمة لزم استعمال الضغط
اللطيف عليه دائماً وقد اعرض الطبيب سلتوف لديوان الاطباء الجراحين
مشاهدة يستدل منها على جودة هذه المعالجة وذلك ان هذا الجراح استشير
في فتق خلقى في حجم بيضة دجاجة وكان موضوعاً نحو الزاوية الخلفية السفلى
للعظم الجدارى فوضع على الورم صفيحة من رصاص ملتفة بخرقة ومثقوبة
من حوافها لتشبك في قنسوة الطفل ولما عرض الورم للضغط المستدام
التدريجى بهذه الصفيحة اخذ جمعه في النقص شيئاً فشيئاً حتى زال بالكلية
وتم تعظيم الدرز اللامى بدون عائق وشاهد الطبيب ك الزان شدة فاعلية
هذا العلاج في احوال كان حجم الفتق فيها قليل للعظم فاذا كان الحجم كبيراً كان
الضغط غير نافع بل ربما حصل منه اخطار ثقيلة فيلزم اذن الاكتفاء بحفظ
الورم اى استعمال بعض اجهزة تحفظه من الاجسام الغريبة الخارجة
واحتكاك الملابس

والطبيب آدم لم يتيسر له ان يستعمل في احد من مرضاه الضغط باى كيفية
كان بخلاف البرل للاستسقاء فانه نال منه نتائج نافعة في الغالب فهو مختار
عنده في معظم الاحوال ولم ينبج معه امتزاج الضغط بالبرل في حالة اجتهاد فيها
في عمل ضغط منتظم لطيف جداً بعد است فراغ السائل بزل الكيس فحدث
للطفل تشنجات عند ما وضع الرباط وذكر آدم ايضا مثالا من هذا الفتق الخلقى
استفرغ منه بالبرل الضيق مقدار عظيم من المصل فخرج الطفل حالاً من حالة
العتنه والحد الذي كان فيه غير ان السائل لم يلبث قليلاً حتى تولد ثانياً وعرض
الموت في اليوم التاسع

واتفق ان طفلاً عمره ست سنين ك كان معه من وقت ولادته ورم في حجم
بيضة دجاجة موضوع بالعرض تحت الحذبة القعدوية واما بقية الرأس
فكانت في غاية الانتظام وكانت اليوافنج منسدة من مدة طويلة وكان هذا الورم

مائل الى الاسفل والخلف نحو العنق وفيه ضربات موافقة لضربات القلب
 ويزيد حجمه من تأثير السعال والعطاس واذا ضغط عليه وجد رخوا كأنه كتلة
 من صوف ولم يحصل له من هذا البحث الم والورم من وقت ولادة الطفل لم يزد
 حجمه الا ان الجلد اخذ في زيادة الشفافية يبطن وصادر قيقا في بعض المحال
 بحيث يظهر انه يلزم ان يتمزق ويخرج منه السائل الذي يميز من تحته فلاجل
 الحذر من هذا التمزق الذي يحصل من ذاته فعلى الطبيب آدم بزلا بآبرة دقيقة
 جدا فسال من الفتحة نحو نصف اوقية من السائل وصار الكيس مسترخيا
 وعرف في تجويفه ورم في جسم بندقة مكوّن حسبا يقرب للعقل من جزء
 من النصوص الخلفية للمخ فتقبل الطفل هذه العملية الصغيرة بدون ان
 يعرض له عارض حيقئذ غير ان الورم في اليوم الثاني رجع له حجمه الاول
 فاعيد له البزل بعد بعض ايام ونتج منه ما نتج من البزل الاول وبالجملة كرر ذلك البزل
 سبع مرات فكانت نتيجته كما ذكر وابدلت في مرة منها الآبرة الدقيقة بمبضع
 وحصل عقب هذا الشق قليل حبي

فمن تأثير هذا العلاج البسيط رجع الجلد على نفسه يبطن واكتسب حجمه
 الاعتيادي ولم يكنه ان يقاوم. زمانا طويلا التمدد المسبب عن تراكم السائل
 ومرات البزل لما اخذت في التباعد عن بعضها شيئا فشيئا اخذ السائل في القلة
 ومع ذلك لم يحصل من زواله نقص في حجم الورم الصلب المتكون حسبا يقرب
 للعقل من الفتق الخفي مع ان الطفل كان ممتعا بصحة جيدة

قال بليار وهذا النوع من الفتق الخفي اندر من السابق ولم اعثر عليه الا مرة
 واحدة ولا اعلم له ولفين مثالا غيره وها هو قصة هذا المثال المحتوي على عيب
 في تكون الجحمة وفتق في المخ وهي طفل انثى عمره يوم واحد دخل بيت المرضى
 في الثاني والعشرين من شهر وكانت قوته متوسطة وجلده احمرا جدا ولم يكن
 معه شيء من الاعراض الا اسهال فيه بعض كثرة وكان صياحه قويا وتنفسه
 خالصا ومعه في الجزء الجانبي الايسر من الوجه امام الاذن ورم قطره نصف
 قيراط وهو تام الاستدارة وبارز من الاسفل اكثر من الاعلى حيث يختلط

بجلد الجمجمة اما من الاسفل فله حافة بارزة محدودة وكان الجلد المغطى له سليما
ومجرا كبقية الوجه وكان ذلك الورم مؤلما وفيه بعض استرخاء عند اللمس
وكانت الجهة منضغطة جدا من الاعلى الى الاسفل وفيها بروز عظيم من الامام
والاجفان هابطة في الحجاج ومن زيادة قربها البعض لم تتأت مشاهدة المقلة
ويوجد على الجانب الايسر من الجمجمة اثر التحام مستطيل محمر وحوافيه
بارزة قليلا ويظهر انه انما تبس من زمن قريب وبقي هذا الطفل بيت المرضى
الى اليوم العشرين من الشهر التالى حيث مات اذ ذلك ولما فتحت جثته وجد
التهاب شديد في القناة الهضمية ووجد الجهاز التنفسي سليما والنصف الكرى
الايسر من المخ اقل حجما من اليمين بالثلث ولم يكن الجيب المستطيل العلوى
ولا شرة المخ موضوعين على الخط المتوسط للجمجمة وانما كانا متجهين
بانحراف من الجزء المتوسط من الجهة الى الجزء الجانبى الايسر من الحفرة
القمعدية ووجد جزء النصف الكرى الايسر الساكن عادة في الحفرة
الجانبية المتوسطة من قاعدة الجمجمة منقذفا الى الخارج في شبه كيس مكون من
الغشائية والام الجافية والجلد فكان الورم الذى ذكرناه مكونا في ذلك الجزء
المخى وخرج من تجويف الجمجمة من فتحة واسعة ناتجة من التقطع التام للجزء
القشرى الذى للعظم الصدغى ولم يقسم ذلك الجزء الامن ثنية نهايتها خطان
وانحنى الى الخارج بكميات فوقية وكانت زاوية العظم الجدارى موجودة
ومكونة للجزء العلوى من القوّة وكانت اغشية المخ بكوهره محتقنة بالدم
فن الواضح ان هذا الفتق كان نتيجة الضغط الذى حصل للجمجمة والمخ يقينا
مدة الحياة داخل الرحم واما عدم نمو الجزء القشرى من العظم الصدغى فيقرب
للعقل انه تسبب من الضغط الحاصل عليه من الجزء المحاذى له من المخ انتهى
واذا تعوق التعظم لعظام الجمجمة جازان يفتق المخ ايضا وهذا الداء
سموه سابقا برنسيقا لوسيل اى فتق المخ وهو اندر من فتق المخ الحقيقى وقد
شوهده منه بياريس مثالا سنة ١٨١٣ احدهما شاهده لاند وكان
موضوعا على القمعدية فظنه سلعة وابدا في استئصاله ثم اوقف نفسه لما رأى

مائل الى الاسفل وانخلف نحو العنق وفيه ضربات موافقة لضربات القلب
 ويزيد حجمه من تأثير السعال والعطاس واذا ضغط عليه وجد رخوا كانه كتلة
 من صوف ولم يحصل له من هذا البحث الم والورم من وقت ولادة الطفل لم يزد
 حجمه الا ان الجلد اخذ في زيادة الشفافية يبطن وصار دقيقا في بعض المحال
 بحيث يظهر انه يلزم ان تمزق ويخرج منه السائل الذي يميز من تحته فلاجل
 الحذر من هذا التمزق الذي يحصل من ذاته فعل الطبيب آدم بزلا بآبرة دقيقة
 جدا فسال من الفتحة نحو نصف اوقية من السائل وصار الكيس مسترخيا
 وعرف في تجويفه ورم في حجم بندقة مكوّن حسبا يقرب للعقل من جزء
 من الفصوص الخلفية للمخ فتعمل الطفل هذه العملية الصغيرة بدون ان
 يعرض له عارض حيقنذ غير ان الورم في اليوم الثاني رجع له حجمه الاول
 فاعيد له البزل بعد بعض ايام ونج منه ما نتج من البزل الاول وبالجملة كرر ذلك البزل
 سبع مرات فكانت نتيجته كما ذكرنا وابدلت في مرة منها الآبرة الدقيقة بمبضع
 وحصل عقب هذا الشق قليل حى

فمن تأثير هذا العلاج البسيط رجع الجلد على نفسه يبطن واكتسب حجمه
 الاعتيادى ولم يكنه ان يقاوم. زمنا طويلا لتهدد المسبب عن تراكم السائل
 ومرات البزل لما اخذت في التباعده عن بعضها شيئا فشيئا اخذ السائل في القلة
 ومع ذلك لم يحصل من زواله نقص في حجم الورم الصلب المتكون حسبا يقرب
 للعقل من الفتق المخي مع ان الطفل كان ممتعا بصحة جيدة

قال بليار وهناك نوع من الفتق المخي اندر من السابق ولم اعثر عليه الا مرة
 واحدة ولا اعلم للمؤلفين مثلا لا غيره وها هو قصة هذا المثال المحتوى على عيب
 في تكون الجمجمة وفتق في المخ وهى طفل اثنى عمره يوم واحد دخل بيت المرضى
 في الثمانى والعشرين من شهر وكانت قوته متوسطة وجلده احمرا جدا ولم يكن
 معه شئ من الاعراض الا اسهال فيه بعض كثرة وكان صياحه قويا وتنفسه
 خالصا ومعه في الجزء الجانبي الايسر من الوجه امام الاذن ورم قطره نصف
 قيراط وهو تام الاستدارة وبارز من الاسفل اكثر من الاعلى حيث يختلط

بجلد الجمجمة اما من الاسفل فله حافة بارزة محدودة وكان الجلد المغطى له سليما
 ومجرا كبقية الوجه وكان ذلك الورم مؤلما وفيه بعض استرخاء عند اللمس
 فكانت الجبهة منضغطة جدا من الاعلى الى الاسفل وفيها بروز عظيم من الامام
 والاجفان هابطة في الحجاج ومن زيادة قريهما البعضهما لم تتأت مشاهدة المقلة
 ويوجد على الجانب الايسر من الجمجمة اثر التحام مستطيل مجر وحوافيه
 بارزة قليلا ويظهرانه انما تبس من زعن قريب وبقي هذا الطفل بيت المرضى
 الى اليوم العشرين من الشهر التالي حيث مات اذ ذلك ولما فتحت جثته وجد
 التهاب شديد في القناة الهضمية ووجد الجهاز التنفسي سليما والنصف الكرى
 الايسر من الخ اقل حجما من اليمين بالثلث ولم يكن الجيب المستطيل العلوى
 ولا شرشرة الخ موضوعين على الخط المتوسط للجمجمة وانما كانا متجهين
 بانحراف من الجزء المتوسط من الجبهة الى الجزء الجانبي الايسر من الحفرة
 القاعدية ووجد جزء النصف الكرى الايسر الساكن عادة في الحفرة
 الجانبية المتوسطة من قاعدة الجمجمة منقذفا الى الخارج في شبه كيس مكون من
 الغنكبوتية والام الجافية والجلد فكان الورم الذى ذكرناه مكونا في ذلك الجزء
 الخى وخرج من تجويف الجمجمة من فتحة واسعة ناتجة من الفقد التام للجزء
 القشرى الذى للعظم الصدغى ولم يبق ذلك الجزء الامن ثنية نهايتها خطان
 وانحنى الى الخارج بحدار قوقعة وكانت زاوية العظم الجدارى وجودة
 ومكونة للجزء العلوى من القووة وكانت اغشية الخ بكوهره محتقنة بالدم
 فن الواضح ان هذا الفتق كان نتيجة الضغط الذى حصل للجمجمة والخ يقينا
 مدة الحياة داخل الرحم واما عدم نمو الجزء القشرى من العظم الصدغى فيقرب
 للعقل انه تسبب من الضغط الحاصل عليه من الجزء المحاذى له من الخ انتهى
 واذا تعوق التعظم لعظام الجمجمة جازان يتفق الخى ايضا وهذا الداء
 سموه سابقا برنسيغالوسيل اى فتق الخى وهو اندر من فتق الخ الحقيقى وقد
 شوهد منه بباريس مثالان سنة ١٨١٣ احدهما شاهده لاملند وكان
 موضوعا على القمعدوة فظنه سبعة وابتدأ فى استئصاله ثم اوقف نفسه لما رأى

اللون الابيض اللامع للام الجافية ولا سيما عندما شاهد ان الورم خارج من فتحة في عظم التعمدوة ولم تلبث البنت الصغيرة التي عمل لها ذلك حتى ماتت بعد بعض ايام ولما فتحت جنتها عرف ان الفتق محاط بالام الجافية واندفع نافذاً من فتحة في العظم التعمدوى وانه يحتوى على جزء مستطيل من فصى المخنج وثانيهما مثال شاهده بافوس بعد الاول يسير وامتنع هذا الجراح من فعل العملية خوفاً من ان يحصل له كما حصل للطبيب لالمند ذات الطفل ولما قمت بجنته وجدت حالة الاعضاء كما في مثال لالمند وذلك احوج الجراحين لان يجثوا مع غاية الانتباه في الاورام التي يجدونها في القسم التعمدوى لما فيها من اخطار الاستئصال والفتح اذا كانت مكونة من المخنج

فاذا كانت الفتوق الخفية كبيرة الحجم وخالية من جلد الجمجمة في كلاها وجزءها وكان عدم تعظم هذا التجويف عظيماً لم يكن للوسائط العلاجية دخل في الشفاء فتولد الاطفال الذين معهم ذلك امواتا او يموتون بعد الولادة يسيران في هذه الاحوال يكون جزء عظيم من المخنج محوي في كيس واسع مكون من اغشيته المستطيلة وكثيرا ما يتلف جزء منه فيعدم الجلد او يكون خالياً من الشعر رقيقاً جداً فيكون منه غشاء مجهر نصف شفاف رخو يسهل تمزيقه ويوجد في الجمجمة فتحة مختلفة السعة وهي التي خرج منها الورم وتكون غالباً موضوعة في محاذاة الدروز واليوافنج ويندركونها في عظمة من العظام المسطحة من الجمجمة وتكون تلك الجمجمة في الغالب ضيقة ومشوهة الشكل وقدم عن قريب لديوان الجراحين طفل مولود مصاب بفتق مخي في حجم قسطلة غليظة وكان الورم موضوعاً اعلى جذر الاتف ويظهر انه خرج من تباعد قطع في الجبهة عن بعضهما قال بريشيه قد شرحت بتشديد الرءاء ورما في حجم قبضة كف وله عنيق وكان خارجاً من اليافوخ الخلفي وزالت منه بالكلية تعاريج الجزء الخارج من المخنج حتى تكون منه جذران تجويف عظيم مملوء بالمصل الشفاف وله اتصال بالبطن الايسر بواسطة قناة ضيقة وحصل من الطفل الذي معه ذلك بعض حركات ضعيفة عند الولادة ومات عنها

الفصل الثالث

في امراض الجهاز المخي الشوكي الحاصلة بعد الولادة

وفيه ثلاثة مباحث

المبحث الاول

في الاحتقانات في هذا الجهاز وسكتة المولودين

الاحتقانات الضعفية في الجهاز المخي الشوكي كثيرة الحصول في المولودين وتنشأ فيهم من كثرة الاوعية وبطئ الدورة وتأثير التنفس على الدورة السلسلية والمخية والذي يوضح لنا كثرة الاحتقان في هذا الجهاز وطول الولادة والجذبات اللازم فعلها في الاعمال والتعسر الذي يكابده التنفس فيهم والتعبير الفجائي الذي يعرض في دورة الطفل ويختلف ذلك الاحتقان من ادنى ما يكون في الاغشية الى السكتة الحقيقية

وقد سمي المؤلفون بسكتة المولودين عموما بجملة درجات من هذا الاحتقان المخي بل الغالب ان الاطفال الذين يموتون في حالة سكتية لا يوجد في جثثهم الانصباب الدموي ولا النزيف المخي المحدود الذي يقوم منه الداء المسمى بذلك ايضا في الكبار البالغين وذلك الاحتقان في الاغشية والنخاع او المخ كثير الحصول للمولودين بحيث يظهر ان جعله حالة طبيعية اصوب من جعله حالة مرضية لانه يوجد في كثير من رحهم ويكثر فيهم ايضا الاحتقان الوعائي بل وانصباب الدم في الطرف السفلي الخلفي للسلسلة قال بليار وقد شاهدت ذلك مع كونه لم يحصل منه مدة الحياة اعراض مهمة فاذا امتد الاحتقان فيهم لم يلبث قليلا حتى يحصل منه تخير دموي على سطح اغشية الدماغ وتوجد غالباً من الدم الحاصل من ذلك كمية كثيرة او قليلة فتضغط على المخ والنخاع الشوكي ويحصل من ذلك سبات وهبوط هي صفات السكتة وذلك النزيف الخارج عن السكتة المخية هو ما يحصل غالباً للاطفال الذين يقال فيهم انهم ماتوا بالسكتة وسماه الطبيب سير بالسكتة السحائية نسبة لاغشية المخ ونفسها لتزق بعض فروع وعائية من الفروع التي ترشح على سطح المخ

قال اولفير اعتبر كروفلير على حسب مشاهداته ان هذه السكتة هي السبب لموت ما يزيد عن ثلث الاطفال الذين يموتون قبل الطلق يسيرا وفي مدة الولادة وشاهد اثرها في معظم الاحوال التي تنسب في العادة للاسفكسيا والضعف المولودين وصفها التشريحية اللازمة هي انصباب دم سائل في تجويف العنكبوتية يكون في الغالب محدودا فيما حول المخج وكثيرا ما يكون مع ذلك محيطا بالنصوص الخلفية للمخ وقد يغطي المخ والمخج بطبقة من دم يعسر كشف ينبوعه في تمزقات الاوردة السطحية ويندر ان يشغل تجويف البطينات ولم يشاهد كروفلير هذا الانصباب في قس جوهر المخ او المخج وفي جميع الاحوال تكون الام الحافية القفوية ممتدة بدم سائل محوى في تجويف العنكبوتية والمنسوج الخلوي الذي تحتها وكثيرا ما تصحب هذه الانصبابات بورات دموية تحت جلد الجمجمة تختلف عن الارتشاح المصلي الدموي الناتج من عمل الولادة وكثيرا ما توجد اكدام وبورات صغيرة دموية بين السمحاق وعظام الجمجمة (سيفالمايوم) وليس جميع الاطفال المصابين بالسكتة يولدون امواتا لان كثيرا منهم يتنفسون تنفسا كاملا او غير كامل اما بانفسهم او من الاحتاسات التي تفعل لهم زمنا طويلا وبعضهم يعيش يوما واحدا او جملة ايام في حالة ضعف وخدر وعدم حركة وبرد عظيم منسوب ذلك لضعف ولادى ويقرب للعقل ان منهم من يعيش ويمتص الدم المنصب معه تدريجا

وقد يصيب هذه السكتة اكدام في الرئة وفي الغدة تيموس تنشأ يقينا من السبب الذي احدث السكتة نفسها وتحقق الكبد والطحال بالدم ويكون الغشاء المخاطي المعدي المعوي شديدا لاحتقان ويعسر غالبا تعيين سبب هذه السكتة وقد شوهدت عقب الولادة المبرية وبعد الولادة التي كان الطاق فيها طويلا شافا وقد يظهرا انها حاصلة من خنق العنق بالحبل ومن انضغاط الحبل نفسه وظن كروفلير انها تنشأ دائما من سبب ميخا تركي انتهى وسطح الجسم يظهر كانه منتفخ ولونه بنفسجي او ازرق مسود وذلك يكون اكثر وضوحا في الاجزاء

العليان من الجسم وسما الوجه ويكون اوضح في الذين التف حبلهم التسرى على
 عنقههم فان هؤلاء يحصل فيهم ايضا زيادة عن ذلك رجوع الدم في الاوردة
 الوداجية ومنعه عن الدوران بسبب التفاف الحبل على العنق وتكون
 العضلات عديمة الحركة والاطراف باقية على انشائها والجسم حافظا لحرارته
 وتكون ضربات الحبل والنبض والقلب في الغالب خفية بل غير محسوسة
 ولما كان يوجد في الرمة احتقان او عية المخ او انصباب الدم على الأغشية
 او في جوهر المخ مع احتقان الرئتين سهل معرفة توضيح هذه الحالة فلاجل
 ازالتها يلزم امارجاع الاطلاق للدورة في المشيمة وذلك لا يمكن واما تحصيل
 التنفس فيسهل نفوذ الدم في الرئتين غير ان انضغاط المخ يسبب شلل العضلات
 وسبب عضلات التنفس فاذا لم يكن هناك الا مجرد احتقان في الاوعية كان
 الخطر قليلا لكن يكون ذلك مهلكا اذا كان الانصباب في جوهر المخ
 ومن سوء النجته انه ليس هناك علامة تدل عليه حتى يؤسس عليها الانذار
 وانما تراعى هؤلاء الاطفال مراعاة التداوى واول دلالة لذلك هي ازالة انضغاط
 المخ واحتقان الرئتين وينال ذلك بقطع الحبل السري سريعا وتركه ليسيل منه
 مقدار من الدم والغالب انه متى سال منه بعض ملاعق صغيرة عاد التنفس
 اذا لم يكن هناك مانع يمنع نفوذ الهواء في الرئتين كمادة مخاطية سادة للقم الخلقي
 فان كانت ازيلت بلطف فيزول اللون الازرق تدريجا لكن بسرعة ويتبدل بلون
 وردي اولا على الشفتين ثم الخدين ثم باقى الجسم وفي بعض الاحيان تضعف
 الدورة بحيث لا ينصب الدم من الشرايين السرية فيمكن حينئذ ان يمرض
 السيلان بغمس الطفل في حمام فاتر وعصر الحبل مرات كثيرة من محل
 اندغامه الى محل قطعه وذلك كروا ايضا الضغط على البطن بلطف واظن ان ذلك
 غير نافع بل لا يخلو عن خطر فاذا لم ينل سيلان الدم تلك الوسائط مع ان ذلك
 نادر لزم وضع علكة على قاعدة كل اذن فان ذلك ناجح وفي بعض الاحيان تجدد
 الحالة السكتية او تظهر اول مرة بعد حصول التنفس بل ربما حدثت في اليوم
 التالى للولادة بدون سبب مشاهد وقد يكون سببها مانع يمنع سير الدم في الرئة

كما سبق التنبيه على ذلك فيتنفذ يصيح الطفل صيا حاشدا طويلا ويفتح الوجه
ويكون لونه كما سبق وتتلون الايدي والارجل بلون الوجه فتلك الاعراض
تحصل في هذه السكتة التي يصح ان تسمى تابعة غير ان التنفس يأخذ في القلة
والضعف ويضعف الصوت بل يزول واوصوا حينئذ بحل الرباط او قطعه مع
ان من النادر نزول الدم من الحبل حينئذ لكن متى قطع من تحت الرباط سال
منه الدم وقد ينال نفع كثير في هذه الحالة من وضع العلق ويندر الاحتياج
لاكثر من اثنين فالنصف باى كيفية كان يكفي لارجاع التنفس وحياة الطفل
ولكن كثيرا ما يحتاج لغيره من الوسائط وليستظر ذلك في اسفكسيا الاطفال

واحتقان النخاع الشوكي كثيرا الحصول للاطفال ايضا ويكون على شكل احمرار
تغطي اورملي ويلون احيانا جوهر العضو بلون احمر واضح ويوجد بالاكثر
على الاجزاء الجانبية للاجسام المضلعة والطبقات البصرية حيث توجد هناك
اووعية المخ ~~كثيرة~~ وتحصل فيها غالباً الانزفة والالتهابات الخفية في جميع
ازمنة الحياة ويؤكده ذلك مشاهدات مر جاني والابحاث الجديدة من الطبيبين
لالمند وبوليود ولا يخفى ان العلاج هنا نظير ما سبق

ويمكن لكن على سبيل الندرة ان يوجد نزيف مخي محدود قال بليار ولم يجد
من ذلك الاحالة واحدة ومات الطفل في اليوم الثالث بعد الولادة وكان معه
الاعراض الاعتيادية للسكتة ووجد في فتح الجثة انصباب دموي موضوع
في محك النصف الكرى الايسر وعلى الاجزاء الجانبية للاجسام المضلعة ولم يكن
هناك كيس واضح وانما كان في جوهر المخ قليل لين في الحمل المحيط بالانصباب
الذي كانت سعة في الطول قيراطا ونصفا وفي العرض نصف قيراط

قال اولفير وهنسا مر واقفي شاهده برار الصغير ويدل على ان النزيف المخي قد
يحصل مدة الحياة داخل الرحم بحيث يلزم ان تعد السكتة من الاوقات التي
قد تمت الجنين قبل الولادة وتسبب الولادة قبل تمام الاشهر وكان عمر الجنين
الذي شاهده برار هذا التغير المهم ثمانية اشهر ونصفا وحجم خبطة الدم
قدر الجوزة وكانت ثاوية في الجوهر المخي وقد وجدت مرة في احدى

البطينات الجانبية لمخ جذبن عمره ستة اشهر خلطة دموية طويلة ذات قوام
ولم يوجد على سطح الرمة آثارا اعمال شاقة ولا ندرى شيئا من احوال هذا
الاسقاط لهذا الطفل

بقى علينا ان نبينك على امر وهو انه يعسر ان تشاهد في الاطفال الصغار النتائج
المتخلفة لسكتة النصف الكرى الايمن او الايسر اى ظهور الاعراض
في الجانب المخالف لجانب مجلس السكتة كما يشاهد ذلك في الكبار لما ذكرنا
في نمو المخ من ان هذا العضو عند الولادة يكاد ان يكون مجرد رسم فلا يكون
متمعلا بالشكل الا تلى ولا بالخواص الحيوية التي لا تكسب الا بتقدم السن
المبحث الثماني

في اللين الغير التهابي في المخ

هناك آفة خاصة بمخ المولودين وتكون نتيجة واحدة لاحتقانات هذا العضو
وتلك الآفة هي اللين المحدود او العام الذي لا يوجد فيه صفات التهابية
وانما توجد فيه العلامات الدالة على الفساد وتحليل التركيب بل ربما قيل على
تعفن العضو قال المؤلف وهما هو مثال من ذلك * طفل عمره ثلاثة ايام دخل
بيت المرضى في الثامن عشر من شهر ربيع وكان مصابا بتيبس عام في المنسوج
الخلوى وكان جلده احمر بنفسجيا في جميع الجسم وصياحه اختناقيا
شاقا واجيانا حادا جدا وصدره خفي الرانية وما عدا ذلك كان مصابا باسهال
مادة خضراء كثيرة وكانت ضربات القلب سريعة الا انها صغيرة ولم تتغير حالته
في الايام التالية ومات في الحادي والعشرين من ربيع ولما فحنت جثته وجد
الجهاز الهضمي شديد الاحتقان في جميع سعته والكبد محتقنة بدم اسود
سائل ومنسوجها متينا ولونها اسمر مررقا والرئتان مسترخيتين مسودتين
قليتي التمدد والهواء ومحقوقتين بالدم في حاقتهما الخلفية والقوهاد الجنبية
باقية ايضا واغشية المخ شديدة الاحتقان والجوهر النخعي محمرا وعلى هيئة
مرقة ندفية تسيل من جميع الجهات اذا شقت العنكبوتية وتنتشر منها رائحة
الادروجين المسكر بن الواضح وامتد هذا اللين الى البطينات الجانبية حيث

توجد كمية عظيمة من دم منصب وباقي المخ لين ايضا ولونه بنفسجي غير انه متين
القوام لا يسيل وليس لينه كلين الجزء العلوى من النصفين ~~السكرين~~ الى
البطينات فمن الواضح هنا ان هذا الفساد العام لنخاع المخ كان نتيجة ملاسته
ونغمه في الدم المنصب في البطينات والمرشح في جوهه الخاص ولما رأينا لونه
الذى هو في الجوهر الخاص بالمخ كدردى النيذ ورائحته الادروچينية
الكبريتية علمنا انه كان نتيجة خلط الدم بجوهر المخ لانه يوجد غالباً مع ذلك
نزيف مخي لكن هذا النزيف اذا كان جديداً جازان يوجد وحده بدون ان يلين
جوهر المخ وانما يشاهد اما على الجزء العلوى للنصفين للكرين او خارج
الاجسام المضلعة نقط من المخ ابداً فيها اللين وتنتشر منها رائحة مخصوصة
بهذا الفساد واظن من جهة اخرى ان اللين المخي قد يسبقه النزيف وربما حصل
هذا منه وقد وجدته مرات كثيرة بدون ان يكون معه انصباب دموى
وقد لا يوجد هذا اللين الا في فص واحد وقد يوجد في القصين معا وكثيرا
ما تفسد منه جميع الكتلة المخية بحيث اذا فتحت الجمجمة لا يوجد فيها الا شبه
مرقة ندفية مسودة مخلوطة بمخلوط دموية كثيرة وندف لينة وهناك امر
عظيم الاهتمام وهو ان اغشية المخ تبقى دائماً سليمة من هذا الفساد وان الاطفال
مع وجود مثل هذا الفساد يعيشون بعض ايام لكن حياة ضعيفة غير انهم
يتفسون ويصبحون جيذاً وربما رضعوا وذلك ناشئ من كون الفساد في الغالب
وقب قرب النخاع المستطيل فبقى ذلك النخاع سليماً متسلطاً مع النخاع الشوكى
على ظاهرات الحياة فيحفظها زماناً كثيراً ما وجدت هذا اللين في المولودين
الذين ماتوا عقب الولادة حالا وذلك جلنى على ظن انه حصل في مدة اقامة
الجنين في الرحم فاذا لان النخاع المستطيل والنخاع الشوكى ايضا كانت القوة
الحوية مع الطفل ضعيفة فمكون اطرافه في حالة استرخاء تام ووقوف
عن الحركة وبعد صياحه بالكلية ويصير الاستشعار بضر بات القلب وتكون
اطرافه باردة والازدراد يكاد ان لا يوجد ولم يلبث الطفل قليلا حتى يموت في
حالة ضعفية واذا فتحت جمثته وجد الفساد عاماً لجميع المركز العصبي وبه توضح

الاعراض وموت الطفل وهذا اللين يكون أكثر حصولا في جوانب النصفين
الكريين وقرب الاجسام المضلعة منه في بقية اجزاء المخ واعراضه تكون انقل
كلما كان أكثر سرعة واقرب للتخاع المستطيل فانذاره معمم جدا لان الظاهر
ان الموت نتيجة له لازمة الحصول وبالجملة هو آفة من نتائج الاحتقان اذا علم
باعراضه كانت الصناعة عاجزة عن مقاومته فالاولى تركه للطبيعة ومعالجة
الاعراض فقط

المبحث الثالث

في التهاب الجهاز المخي الشوكي

من الشائع يقينا كون المخ يبق في الطفل من الاعضاء التي تتكون اخيرا لانه
لو كان ممتعا زمن الولادة بجميع الخواص العضوية التي نشاهد في الجهاز
الهضمي والتنفسي لكان معرضا مثلها لالتهابات كثيرة ولكن حالته
اللبية اى الغير الالية جعلته محفوظا من تلك الالتهابات التي قد تظهر عقب
الاحتقانات التي يكون هو مجلس الهادئما وقت الولادة ولذلك يصح ان نجزم
بان الالتهاب الحقيقي الواضح الصفات في اللب المخي نادر في المولودين واكثر منه
التهاب الاغشية وليكن هذا المبحث مشتملا على خمسة مطلب

المطلب الاول

في التهاب اغشية التخاع

التهابات الاغشية التخاعية أكثر حصولا من التهابات التخاع نفسه ويحصل
منها تشنجات في الاطراف واحيانا في الوجه خصوصا اذا امتد الالتهاب نحو
قاعدة الجمجمة قال بليار وجدت في عشرين مرة من ثلاثين حالة من احوال
تشنجات المولودين التهابا واضحا للصفات لاغشية التخاع وستة من هؤلاء
العشرين اجتمع فيهم التهاب اغشية المخ والتخاع معا بحيث يقرب للعقل ان
تشنجات الاطفال المولودين تكون غالبا نتيجة تهيج او التهاب في الاغشية
القشرية والملاحظة الآتية يؤخذ منها كيفية ظهور اعراض التهاب الاغشية
وسيرها

وهي طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى في اليوم الثالث من سبتمبر وحصل له في الليلة السابقة تشنجات عامة دامت معه الى الصباح فكانت اطرافه متخشبة وملتفة بشدة وعضلات وجهه في حالة انقباض دائم ونبضه ممتثل اقويامتواترا (علاجه علقنان على القسم الحلبى وماء الزيزفون المحلى وحمام خردلى في الرجلين) فنقصت التشنجات ولم تذهب بالكلية بعد وضع العلق وصار الطفل ضعيفا جدا ويتنفس بعسر ويخرج من فمه لعاب رغوى (علاجه ماء الشعير المحلى وضخاد على القدمين) وفي اليوم الرابع ابتدأت التشنجات في الصباح مع شدة جديدة وارتفع النبض وهازل الجلد حارا ولم تسمح حالة ضعف الطفل بوضع العلق وانما اقتصر له على وضع زفاذ مبردة على الرأس فكثت التشنجات طول النهار وبقي البدن باردا والعمود الفقري مستقيما متخشبا اذا نصب الطفل مع انه سهل الانثناء في المولودين وكان صياحه حادا وعضلات الوجه منقبضة كما سبق بل يظهر ان فيها جذبا خفيفا الى اليسار وفي المساء هبط الطفل وبرد وهدئت حركته وصغر نبضه وتقطع ثم مات في مساء اليوم الخامس ولما اريد فتح جثته وجد معه انتفاخ عام في الجلد واحمرار مكث في المعدة وذهاب اللون الغشاء المخاطي الذي للامعاء الدقاق واجربة شديدة الحجرة والانتفاخ في الامعاء الغلاظ ووجد مقدار عظيم من الدم منصب على سطح النصف الكرى الايمن ومصل مدم في البطينين الجائنين وقاعدة الجمجمة وكانت اغشية المخ منتقعة واغشية الخناخ شديدة الاحتقان ووجد على سطح العنكبوتية نضعد دموى على هيئة غلالة نخبنة يسمل رفعها فيناهد نحتها الغشاء مبذورا فيه صفحات حمر نقطية بدون تغير في المنسوج فهذه هي الاعراض والآفات التي تحصل عادة من التهاب الاغشية الفقرية في الصغار ومع ذلك قد لا يقوم الامن تهيج بسيط بدون ان توجد في الرمة آفات التهابية ظاهرة فكثيرا ما لا يوجد فيهم بعد التشنجات كل الكبار البالغين الا مجرد احتقان في الاغشية لكن لا ينبغي لاجل ذلك ان يشك في كونها مجلسا للداء وانما يعلم ان هذه الحالة درجة من درجات الالتهاب لم يتقدم سيره فيها

حتى تحصل منه الآفات التي تصير في العادة غير منكور
وقد تشترك اغشية النخاع مع جميع الاغشية المصلية في الالتهاب قال بليار
قد رأيت مرة في طفل مات بعد الولادة بثلاثة ايام التهابا بريونييا وبلوراويا
وغشائيا نخاعيا والتهاب الاغشية النخاعية يحصل منه غالباً في الاطفال
الصغار ارتفاع النبض وتواتره وتكون الحركات الجمية هنا اوضح مما
في التهابات الصدر والحنثلة ومع ذلك اتفق اني رأيت النبض احيانا بطيئاً هابطاً
لكن مصححة الطفل في هذه الحالة تشعر بالالم والقلق وحيانا يوجده نعب عظيم
في التنفس وذلك يدل عليه اللون الرمادي المسود للوجه والاطراف والبطني
والمشقة في تمدد الصدر وعلاج هذا الالتهاب كعلاج التهاب اغشية المخ
الآتي على الاثر

المطلب الثاني

في التهاب اغشية المخ

كثيرا ما سمينا ذلك بالالتهاب السحائي لان السحايا بكسر السين هي ام الرأس
فيعني بالالتهاب السحائي او الغشائي المخي التهاب جميع اغشية المخ والنخاع
والنخاع وخصوصا العنكبوتية والام الحنوننة لان التهاب الام الجافية نادر
اذ لا يكون غالباً الا نتيجة الجروح التي تحصل في عظام الجمجمة واذا وجد كان
مصحوباً دائماً بالتهاب وريقة العنكبوتية المغطية لها مباشرة فيكون مجت
التهاب الام الجافية داخلا في مجت جروح الرأس ويكون هذا المجت
مخصوصاً بالتهاب العنكبوتية والام الحنوننة وهو الذي نسميه بالتهاب
اغشية المخ وان كانت الصفات التشريحية المرضية في الغشاءين مختلفة
ولكن الغالب اصابتهما معا واعراضهما واحدة وزعم بعضهم انه لا يمكن تمييز
التهاب المخ عن التهاب الاغشية المخية وسياتي في الاطفال وبموجب ذلك يلزم
ضمهما معا في مجت واحد وخصوصا اذا كان علاجهما واحداً ومن مشي
على هذا الرأي الطبيب الماهر چورچيه ونحن لا نقول بذلك وان كان
في بعض الاحوال قد لا يمكن التمييز اما لكونهما مجتعين معا اولان الفروق

الميزة لهما غير واضحة لكن اذا كانا منعزلين شوهدهما صفات تكون
في الغالب قاطعة بحيث يمكن معرفتهما في الاحياء ويختلف الغشا آن
في الصفات التشرية بحية المرضية التي يتصفان بها في حالة الالتهاب فيلزم ذكر
كل منهما منعزلا عن الآخر في فصل يخصه كالالتهاب البلوراوى
والرتوى مع انه يندو كونهما منعزلين عن بعضهما وبعضهما تميزهما ويتحدان
تقريبا في العلاج

الاعراض اعراض التهاب الاغشية المخية تختلف باختلاف كون الداء
حادا او مزمن او باختلاف الجزء المصاب من الاغشية وسعة الداء وسرعة سيره
وحالة الاشخاص المصابين باعتبار السن والذكورة والافوثة والاستعداد
كما تختلف مدة الداء ايضا من ثلاثة ايام او اربعة الى ثلاثين ويندر الموت قبل
الرابع والخامس والغالب انتهاء الداء في اسبوع او اسبوعين ويصح ان تقسم
الاعراض الواصفة للداء الى ثلاثة ادوار وان كانت تلك الادوار مختلطة ببعضها
لكنها قد تميز احيانا بحالة النبض لانه في الدرجة الاولى يكون ضيقا متواترا
وفي الثانية يصير بطيا غير منتظم بل قد ينزل احيانا عن الحالة الاعيادية
وفي الثالثة يرتفع ويقوى قوة عظيمة الى وقت الموت وهذا السير المنتظم للنبض
انما ينسب للأطفال وقد يتخلف في البالغين والعادة ان الادوار انما تؤخذ غالبا
من مجموع الاعراض لا من عرض واحد منعزل عن غيره

الدور الاول دور الظهور والالتهاب التهاب الاغشية المخية يتبدى عادة
بقشعريرة تعقبها حرارة حمية وصداع حاد ينسبه المميز للجبهة اولقمة الرأس
اوللقعدوة ويصعبه نفاس وله صفة عظيمة الاعتبار وهوانه وان كان
مستداما الا انه يزيد بنوب قصيرة بحيث يحمل الاطفال احيانا على صياح
مخصوص سماه بعضهم بالصياح الاستسقاء المخي لانه يشاهد غالبا
في استسقاء البطينات وبعد هذا الصياح يسقط الطفل في هبوط ونفاس
وفي هذه الحالة يحصل منه صرير في الاسنان وكرار في الفل وتعلن محنته بالالم
فيعرض حواجه والشقين الذين يذهبان من جناحي الانف الى مجمع الشفتين

ولا يخرج

ولا يخرج من حالة النعاس والسبات الا لاجل التحرك وبين واحيانا هذا
والحركات التي تطبع في جسمه توقف آلام رأسه او زيدها ويكون رأسه دائماً
ثقيلاً ومنقلباً الى الخلف كأنه مجذوب بنقله الخاص ويكون في الوجه بعض
انتفاخ ثم تارة يكون ملوناً وتارة منتفخاً ويصعب ذلك وخز في الرأس اى الجهة
غالباً وتكون الاجفان دائماً مطبوقة في هذا الدور لان الاعين شديدة التأثر
بالضوء واذا اجتهد في رفع الاجفان حتى في حالة النعاس قبضها المرئض بقوة
والحدقة تارة تكون متسعة وتارة منقبضة جداً وكثيراً ما تضطرب بحركة
واضحة واحياناً يشاهد في هذا الدور حركات تشنجية خفيفة في عضلات الوجه
والاعين واكن الغالب وجود ذلك في الدور الثاني والثالث وتواتر النبض
في هذا الدور يصعب تنفساً يكون في الغالب بطيئاً غير منتظم ويندران لا يتقيأ
المرئض في ابتداء الداء واحياناً يدوم القيء في الاطفال امامتباعد المرات
او متقاربها حتى مدة الدور الا في ذلك التي لا يصعبه عادة علامات الالتهاب
المعدى المعوى كاحمرار اللسان وغيره مالم يتضاعف الداء بذلك وامسالة البطن
في اغلب المرضى يكون دائماً شافاً مالم يكن الداء مسبوقاً بالتهاب معوى
قولونى كما يحصل ذلك احياناً للاطفال ويندران يسيل البول بدون اختيار
في الدور الاول مالم يصل الداء الى درجة مرتفعة ويكون السبات عميقاً
قال جرسن لم اعثر في الاطفال على البول المطلق الذى ذكره بعضهم نعم هو كثير
السوب فيهم في هذه الداء كبقية الداءات التي يكون البول فيها نادراً بسبب
زيادة كمية الاملاح الكلسية المحتوية عليها

الدور الثاني دور التزايد والتقيح * في هذا الدور تتراد جميع الاعراض وسمياً
الاعراض العصبية فيصير الصداع شديداً والنعاس عميقاً بحيث يبلغ
درجة السبات كثيراً ما يصعب ذلك نقص زائد في حساسية جزء من الجسم
ويضطرب الوجه والاطراف بحركات تشنجية واهتزاز في الاوتار والاعين
نصاب بالحول والحدقة المتسعة او المنقبضة تتحرك بكيفية عظيمة للاعتبار
وتكون حرارة الرأس مرتفعة جداً ومصحوبة باحمرار ولا سيما مدة تزايد

الاعراض واما باقى الجسم فيندر ان يكون شديد الحرارة والاعراض الواصفة
 لهذا الدور تكون فى النبض لانه كما قلنا يكون شديد البطئ غير منتظم بل
 ينخفض عن الحالة الاعتيادية فاذا بقى اكثر وتاخر عن العادة كان فى الغالب
 غير منتظم وعدم انتظام النبض يتوافق غالبا مع عدم التساوى فى التنفس
 فيتوازحيانا ويصير قصيرا ثم يعقب ذلك اخذ نفس طويل نزعى عميق جدا
 ثم يظهر بعد ذلك كأن التنفس اقتطع زمانا ما والغالب ان هذا الدور الثانى
 طويل قد يطول من اثنى عشر يوما الى خمسة عشر وذلك هو ما يشاهد
 فى الاطفال اذا كان الداء مقصورا على سعة صغيرة من قاعدة المخ ويعقبه عادة
 انصباب مصلى فى البطينات يسمى بالانصباب الحاد الذى سنتكلم عليه قريبا
 الدور الثالث دور الانتهاء هذا الدور يكون دائما اقصر جدا من الثانى فحين
 يزول الصداغ بالكلية ويبدل غالب اسباب عميق لا يتكدر الا بالاضطرابات
 التنجسية فى الاطراف والوجه وبصر الاسنان ويكون النبض شديد
 السرعة والانتظام والتنفس منتظما وعلى حسب الدورة ثم يصير بطيا شخريا
 قرب الموت وتحقق النتيجة وتتسع الحديقة جدا وتصبح قليلة التأثير بالضوء
 ويكون الازدراد حينئذ عسرا جدا بسبب كراز الفكين وحقق السائلات
 فى المري بسبب بعض سعال وهىئة قلس لان السائلات يسقط جزء منها
 فى المزمار بسبب تعسر الازدراد وتزايد الاعراض يعقبه غالبا حرارة شديدة
 فى الجلد واحمرار فى الوجه وعرق ولكن كلما ضعفت القوى صار العرق باردا
 وينتهى هذا الدور ببرد الاطراف والتنفس انخرخرى اى الشخيرى ما لم تعرض
 تشجات قوية توقف الحياة كما يشاهد ذلك احيانا فى هؤلاء الاطفال فهذه
 هى الاعراض الواصفة للداء عموما واغلبها مشترك ايضا مع التهاب المخ ولكن
 فى التهاب الاغشية المخية تكون جميع العلامات الواصفة لتنبه شديد فى المخ
 اوضح جدا كالصداغ وحساسية العين والسحنة المتألمة والحركات التنجسية
 واما العلامات التى تنسب لالتهاب المخ وتشأ من آفة عميقة فيه لكنها اقل
 ايلاما فتصاحب دائما اتقباضا فى الاطراف وشلا جزيا او عظيم السعة تاما

اوغير تام فهذان العرضان منسوبان لالتهاب المخ كما ثبت ذلك روستان ولا يند
وبوليود وهما لا يوجدان اصلا في التهاب الاغشية الا اذا كان مضاعفا
بالتهاب المخ او بلين الاجزاء المتوسطة للمخ او جدران بطيئاته
وزعم هنك انه قد يسهل في الاطفال اشتباه الاعراض المنسوبة لالتهاب
الاغشية بالاعراض التي قد تحصل من وجود الديدان قال جرسان واظن ان
هذا الغلط عسر الادراك وذلك لان دوام الصداع واتساع الحدة والتقايي
بل والتشنجات التي في هذه الحالة تنشأ من وجود الديدان انما هي وقية
ولا تكون في العادة مسبوقة ولا مصحوبة بحمى ولا بتنفس نزي غير مستو
وليس فيه مشابهة لسير الاعراض التي ذكرناها في شرح التهاب الاغشية
واما من جهة القروق التي تشاهد في اعراض التهاب الاغشية باعتبار مجلس
الالتهاب وعلى حسب سن المرضى فقد ثبت من المشاهدات ان التهاب الاغشية
التي تغطي جميع قحطد المخ وتختص في الغالب بالكبار المميزين يوصف دائما
في ابتداء الداء بتكدر في القوى العقلية وهذيان تختلف شدته واما التهاب
اغشية القاعدة والبطينات الذي يوجد بالاكثر في الاطفال فلا تتغير فيه
القوى العقلية وفي هذا النوع الاخير تكون من الابتداء اعراض التنبيه المخي
مصحوبة بنعاس ويكون القيء السجائوي اكثر ملازمة وفي الدور الثاني لا يفقد
غالبا الحول ولا كراز الفكين عند الاطفال خصوصا فاذا انتشر الالتهاب
في آن واحد لجميع سعة الاغشية كانت هذه القروق يسيرة بل ربما زالت
بالكلية وكثيرا ما يكون التهاب الاغشية المخية مضاعفا بامراض اعضاء
الهضم او التنفس وتلك المضاعفات تنوع يقينا الصفات الخاصة بالتهاب
الاغشية فلا تندرج تبعية هذا الالتهاب لالتهاب معدى معوى او مضاعفته به
وقد يوجد احيانا مع التهاب بلوراوى رئوى قال جرسان كثيرا ما شاهدت
ان الاطفال المصابين بالسل الدرني في الرئتين يموتون بالتهاب اغشية قاعدة المخ
ويقرب للعقل ان التهاب الاغشية قد يكون مضاعفا بامراض اندفاعية حادة
كالخسبة والقرمزية والجدرى وزعم طبيب من اطباء ان التهاب اغشية المخ

مع الجدري يكثر في الكبار البالغين ولقد شاهدته ايضا في الاطفال الذين
عمرهم من سنتين الى خمس عشرة سنة مع ان هؤلاء اكثر تعرضا للالتهابات التي
في قاعدة المخ من غيرهم انتهى

والالتهاب البطيئ اى المزمن في الاغشية او الذي انتقل بعد الحدة الى الازمان
تكون علاماته الوحيدة هي الصداع المستدام والنعاس المصاحب له غالبا
في الاطفال والحركات التشنجية والتقياني

والتغيرات المرضية التي توجد بعد التهاب اغشية المخ تختلف باعتبار كون
مجلس الالتهاب هو العنكبوتية او منسوج الام الحنون فاذا كان المصاب
هو العنكبوتية ومات المريض في الدور الاول وذلك نادرا اذا لم يبعث تشنجات
شديدة شوهت سطح الغشاء جافا ماصقولا محقونا كانه اندفع في اوعيته الشعرية
الدقيقة مادة ملونة فاذا مات المريض في الدور الثاني او الثالث كان سطح
العنكبوتية الممتلئ مغطى في الغالب بسائل مصلى او مصلى صديدي كثير
وباغشية كاذبة رخوة بيضاء مخضرة واحيانا تمتلىء النجا ويصير البطيانية
او التجويف الكبير للعنكبوتية بسائل صديدي ندي شبيه بسائل الاغشية
الآخر المصلية فاذا بحثت حينئذ في العنكبوتية شوهت كونها فاقدت لشفافيتها
وسميكة ويشاهد غالبا في البطينات عقب التهابات اغشية قاعدة المخ انصباب
عظيم من مصل شفاف فاذا كانت الام الحنون هي مجلس الالتهاب وجد
بينها وبين العنكبوتية وسيما على طول الاوعية طبقات من سائل مصفر
او صديدي يكون تارة على هيئة صفايح غير منتظمة وتارة على هيئة اشربة
موازية للاوعية الغليظة التي تمر في الاغشية ذاهبة الى تجويف المخ واشق
سلفيوس اوقه المخ في المحل الذي تنفذ فيه الاغشية من القناة البطيانية
لتكون منها الصفاير المشجية وكثيرا ما يشاهد في المحال التي يكون فيها المنسوج
الذي تحت العنكبوتية تتخلل اجدا ترشح مصلى هلامي مصفر كثير ويشاهد
في الالتهابات المزمنة سموم كثة ويصاحبه صدى في العنكبوتية يعصبه احيانا
نحيبات صغيرة جدا ودرن حقيقي يكون مجلسه في المنسوج تحت العنكبوتية

واستنتج

واستنتج بليار من المشاهدات التشريحية التي نقل بعضها ان التهاب
 الاغشية المخية صنفان احدهما ان يكون بسيطاً ولا يقوم الامن احتقان وعائى
 او احمرار نقطى مع تكون طبقات غلالية على سطح المخ اومع عدم تكون ذلك
 وفي الحالة الاولى يحصل تشنجات عامة وانزعاج تشنجى في عضلات الوجه
 وصياح محرض يقينا من الام وثانيهما ان يكون مضاعفاً بانصباب
 مصلى او مصلى صديدى في التجاويف المخية وحيث يتضاعف الاضطراب
 والتشنجات ويتبع ذلك حالا سباتية عميقة مصحوبة بتعدد مستدام
 في الحدقة وتيس في الاطراف ثم بعد ذلك انحلال تام فيها وخود كلى للقوى
 العقلية اذا كان الطفل مقدماً في السن بحيث تكون قواه المذكورة نامية
 انتهى وجعل بعضهم النوب التشنجية التي ينسبونها نسبة غير صحيحة
 للتسنين منسوبة لالتهاب الام الحنونة الذي يحصل منه رشع صديدى
 على سطحها

اسباب التهاب الاغشية المخية * اكثر وجود هذا الداء من نهاية التسنين الاول
 الى ما فوق سن الشبوية وان كان يوجد في جميع الاسنان من سن الولادة
 الى الشيخوخة ويكثر جداً في الاطفال الذين عمرهم من خمس سنين الى
 خمس عشرة سنة واما النسبة بين عدد الذكور والاناث المصابين بهذا الداء
 فيظهر انه يكون اكثر في الذكور على حسب مشاهدات باران ومرتليت فانه
 عد فيها ثمانية وثمانين ذكراً وثمان واربعين انثى قال جرسان لكن اظن ان
 هذا الفرق ناشئ ايضا من تأثير بعض الاماكن لان الظاهر انه ثبت اقله في التهاب
 اغشية القاعدة في الاطفال ان هذا الداء يكون اكثر في البنات منه في الصبيان
 وان المصاب بالاكثرومن ذوات البنية الرقيقة اللطيفة العصبية وربما حصل
 من تأثير الاسباب الجوية كغيره من امراض الاغشية المصلية والسبب
 الجوي قد يحنى علينا ولذلك يشاهد في بعض السنين اصابة اطفال به اصابة
 كثيرة وفي بعضها لا يصاب منهم احد فيصح ان يقال انه قد تسلطن نسلطانا
 يقرب من ان يكون وباءاً يوجد في جميع الفصول ولكن اكثر وجوده في الربيع

والخريف ويقل في مدة الحرارة المحرقة زمن الصيف
العلاج * ينبغي المبادرة لعلاج هذا الداء متى ظن وجوده فاذا اُخر العلاج
صكان احزن واسوء من الالتهابات الاخرى في الاغشية المصلية لان احسن
انتها آتة هو التحلل فاذا حصل افراز تقيحي في سعة ما من الاغشية ولم يسرع
الامتناس حصل منه الموت يقينا واما التقيج في البريتون او التامور
او البلورا فليس دائما مهلكا فلذلك ينبغي المبادرة بمضادات الالتهاب من
الاستفرغات الذموية كالعلق ونحوه على جانبي العنق او الرأس والقضاء على
حسب مجلس الالم والمحل المتوهم ويعان فعلها بالتدبير الغذائي المضاد
للالتهاب اعني التدبير القاسي وبالمشروبات الخفيفة الحلوة والحقن المرخية
وتستعمل مع ذلك المصرفات على الاطراف السفلى والحمامات القدمية
والضمادات الحارة المخردة قليلا ويلزم مراعاة مقدار الخردل بحيث لا يحدث
تنبها شديدا مؤلما خوفا من ان يزيد المله في الحالة العامة للجسم فحسب استدعاجي
من ذلك ويفور الدم جهة المخ واما الاوضاع الباردة او الجليدية فانما تستعمل
على الرأس مادام هناك حرارة كثيرة وانفعال قوى فاذا لم يكف ذلك لزم المبادرة
في الدور الاول بسبب البارد على الرأس والبدن ولاجل دفع هذه الواسطة ينبغي
ان يكون في النبض بعض مقاومة وان تكون حرارة الجسم مرتفعة جدا
قل ربما لزم استعمال هذه الواسطة وقت زيادة الاعراض وتدبر مع غاية الاتباه
حرارة الماء ومدة الاستعمال على حسب قوة المريض واستعداده فيلزم دائما
بصر المدة من دقيقتين الى ثلاثة في الابتداء ثم يراد فيها اذا انضج تفعتها فاذا لم
ينفع الصب او لم يستعمل بسبب حالة الصدر او بسبب آخر لزم المبادرة بالمصرفات
في القناة المعوية اذا كانت اعضاء الهضم جيدة السلامة واما المسهلات
اللطيفة وسببها الكلو ميلاس وحده او مجتمع مع مسهلات اخر فتستعمل اذا كان
هناك ازعاج مخي وجميع هذه الوسائط المصرفة التي تؤثر على القناة المعوية
لا تستعمل الا اذا انقطع القيء بالكلية واما استعمال القيء ضدا للتنبيه
فلم ينفع مع جرسان في دور من الادوار لاني الاطفال ولا في غيرهم

اما في الدور الثاني اذا صار النبض بطياً جداً وصحب النعاس الاعراض العصبية فان الانقصاد وصب البارد وبقية الوسائط المضادة للالتهاب تكون عديمة النفع بل قد تكون مضرّة ويمكن في بعض احوال ان ينجم وضع العلق والمهاجم التشريطية حول الرأس لكن اذا بقيت الاعراض وضعف المريض لزم استعمال خزام في العنق او حرقاة كبيرة على الرأس قال جرسان ويظهر لي ان هذه الوسيلة الاخيرة انفع على الخصوص للأطفال وهي مفضلة على حراريق الاطراف التي توقظ غالباً تأثيراً عاماً مؤذياً للآفة المرضية ولا تقلل الميل للانصبابات المصلية التي نشاهد كثيراً ولا سيما في اغشية قاعدة المخ ويدوم مدة الدور الثاني على استعمال المسهلات ولا سيما الكلوميلاس انتهى

وعلاج الدور الثالث مقصور على مقاومة الاعراض العصبية واعانة الاستفرغات ولكن هذا العلاج التوسكي ضعيف دائماً فالثيرمجات الانعيرية والكافورية تخفف احياناً الحركات التشنجية غير ان جميع مضادات التشنج المأمور به من الباطن مؤذية غالباً لانها تنبه الدورة التي تتعرض في هذا الدور فن القانون حينئذ استعمال الديجتال المجتمع مع الكلوميلاس وذكر جرسان انه لم ينل في هذا الدور منفعة حميدة من الاستجمامات الفاترة او البخارية التي مدحها بعضهم واما المحولات في الامعاء فليس لها نفع ايضاً وانما تميل لضعاف المريض وتقرّب اجله

ومن النتائج السريعة لالتهاب اغشية المخ انصباب المصل في البطينات وسمى ذلك المؤلفون بالاستسقاء النخى الحاد وبعض الاطباء ممن يهتم بالاعراض اكثر من الاسباب اقتصر على شرح ذلك من الالتهابات الغشائية النخية وسماه بالاستسقاء النخى الحاد مقابلاً بالاستسقاء النخى المزمن الذي سبق شرحه واختلف الاطباء في طبيعة هذا الاستسقاء والقديما كانوا يعتبرونه نوعاً من السكتة سموه بالسكتة المصلية وقوى ذلك طائفة منهم مرجاني ومنهم من يرى انه مشابه للاستسقاء النخى المزمن ومنهم من شرحه مسمى بالحمى الخبيثة واثبت

جرسان بالابحاث التشريحية المرضية انه يكون في الغالب معمويا بتغيرات عضوية في الاغشية او في المخ فيكون نتيجة تابعة اما لالتهاب العنكبوتية او المخ نفسه والذي اتضح من المشاهدات انه ناشئ من تغير في المخ او اغشيته فشاهد في الالتهابات الخمية الحادة والمزمنة وفي انزفة المخ بكثرة وفي لينه بندرة حتى ذكر بعضهم ان المصاب بالسكتة اذا لم يشف في بعض اشهر كان من النادر ان يعيش سنة بدون ان يصاب بانصباب المصل ولكن اكثر وجوده في الالتهابات الحادة والمزمنة للاغشية حتى قيل ان ثلثي المصابين بتلك الالتهابات يوجد فيهم ذلك الانصباب المصلي نعم من المحقق انه قد يوجد جد شيء من تلك الالتهابات ولا يوجد شيء من الانصباب كما انه قد يوجد جد انصباب بدون التهاب ~~لكن~~ ذلك نادر بل تردد جرسان في وجوده بدون آفة عضوية في المخ وصرح بليار بنقيه واستند لذلك بانه اذا شوهدت اعراض التهاب في الاغشية وفي المخ ولم يظهر في الرمة تغير محسوس فماذا الا لان الالتهاب قد لا يعطى له زمن يسبب فيه جميع التغيرات التشريحية التي يسببها في العادة ولا مانع من ان يكون انصباب المصل من امثلة ذلك

وتشخيص تلك الانصبابات عسر جدا ويزيد عسره من عدم انتظام مدنه وصقة اعراضه وتغيرها وسرعة تقدم سيره ومضاعفاته الكثيرة التي تصيره عظيم الثقل قتالا للاطفال الصغار ومن المعلوم انه كثيرا ما يحصل بدون صداع واحتقان في اللقمة واضطراب في الحديقة وحول وتشنجات وصعير في الاسنان وشلل غير تام وانقباض في الاطراف مع ان هذه كثيرا ما تنسب لوجود الانصباب وكثيرا ما توجد هذه بدون انصباب في التجاويف الخمية فيفتح من ذلك انه اذا وافقت الاعراض مع الانصباب كانت ناتجة من سبب آخر غير وجود السائل فاذا طرحنما جميع ما ينسب لامراض المخ التي يكون هذا الاستسقاء نتيجة تابعة لها نجد الصفات الذاتية للانصباب قليلة وهي سبات عميق واتساع دائم في الحديقة وفقدان الحساسية الشبكية مع ثبات العين بحيث تبقى منقحة نصف انتساح وفي الدور الاخير للداء ذهاب حيوية القرنية

بل كثيرا ما تغطي بطبقة زلالية وقد تتنوع تلك الصفات
واما اسباب تلك الاستسقاءات الحادة سواء كانت مصاحبة لافقة عضوية ام لا
فهى اما مهينة او محدثة فمن المهيئات السن فتوجد بالاكثرون سن الطفولية
الى زمن التسنين الثانى والاطفال المسلولون والمخززون اكثر تعرضا لها من
غيرهم ومما يبيى الاطفال لها بعض الامراض الاندفاعية كالحصبة
والجدري ولا سيما القرمزية التى تصحبها كثيرا الاوذىما العامة وكذلك الامراض
المعدية المعوية المجتمعة مع الاعراض الخفية كثيرا ما تنهى فى الطفولية
بانصباب فى البطينات او فى التجويف العظيم للعنكبوتية ويظهر ان الانصباب
فى البنات الصغار اكثر من الصبيان ويكثر فى الاطفال ذوى المزاج العصبي
واللينفاوى واللون الجليل والشعر الاشقر وخفة الذات واللطافة والعقل ومن
المشاهد ايضا ان رؤس هؤلاء الاطفال تكون كبيرة الحجم وقطرها المستعرض
من حدة جدارية الى اخرى كبير ايضا وتقل تلك الامراض ككثير من غيرها
فى سكان الارياف وتكثر فى سكان المدن واما الاسباب المحدثة لها
فهى الامراض الحادة والمزمنة فى المخ ولا سيما التهاب اغشية قاعدته
واما انواعها فيصح ان يميز الى انصباب فى التجويف الكبير للعنكبوتية
او فى البطينات او رشح فى المنسوج الذى تحت العنكبوتية او فى المخ فالذى
فى التجويف الكبير اذا كان كثيرا وفى الجانبين معا تكون اعراضه هى السبات
العميق جدا وعدم امكان الازدرداد او صعوبته وعدم الاحساس بتأثير الضوء
او اللمس ولكن يبقى الجلد حافظا لحساسيته ولو قليلا ويندر ان يوجد شلل كامل
مالم يكن استسقاء المخ مصحوبا بنزيف مخى او لين قديم فى المخ واما الذى
فى البطينات فتكون اعراض الانضغاط فيه اخف درجة مما قبله ويكون هناك
هيئة نعاس او سبات لكن يمكن اخراج المريض من تلك الحالة فيسمع وان لم
يمكنه ان يتكلم ويمكن ان يشرب وياكل وان كان يسعل بسبب عسر الازدرداد
الناشئ حسب الظاهر من شبه شلل غير تام فى البلعوم قال جرسان رأيت اطفالا
يزردون الاغذية وبقي معهم ذلك الى وقت الموت ومع ذلك وجد فى جثثهم

بعد الموت انسكاب مصل كثير في البطينات فاذا تكررت التشنجات في الدرجة
 الاخيرة من الداء وكان مع المريض كزاز مستدام في الفكين كما يحصل ذلك كثيرا
 في انصباب المصل الحاصل من التهاب العنكبوتية والالتهابات الخفية لم يمكن ان
 يعرف هل المريض تمتع ببعض حواسه ام لا ولا يمكن ان يحكم بالانذار الصحيح
 ولا يعرف التجويف الحقيقي الذي هو مجلس الانصباب واما الاستسقاءات التي
 هي رشح في منسوج الام الخنونة بل وفي المخ فلا يمكن تمييزها عن الاستسقاءات
 الخفية الحاصلة من الانصباب اذا كانت مجتمعة معها بل لو وجد الاستسقاء الرشحي
 وحده لعسر وضوحه وكانت اعراضه اقل ظهورا مما في الاحوال الاخر
 ويشاهد بالاكثر في اواخر الامراض المزمنة او في الدور الاخير للامراض
 الحادة الثقيلة التي استخرج فيها دم كثير واعراضه الغالبة هبوط وعسر
 في الحركة وصداع خفيف وبعض نعاس واحيانا نوم واجوبة بطيئة عسرة
 واحيانا تشنجات عامة او حول فقط وتعدد في الحدقة مع اتفاح في الاجفان لكن
 ليست هذه كلها دائمة الوجود وربما وجدت في امراض مخفية كثيرة ليس فيها
 ترشح مصل ولا انصباب كما انه قد يوجد ذلك الرشح بدون شئ منها
 وكل من تلك الانواع الثلاثة قد يوجد مع وجود آفة آلية في المخ معروفة بالحس
 لان الذي يدل على تغير وظائف الاغشية بالذات هو تكرار الامتصاص والتجوير
 في تلك الاغشية حتى حصل من ذلك انسكاب السائل وبقاؤه فيكون هنا آفة
 موضعية ولا بد وان كان بعضهم قسم ذلك الاستسقاء الحاد الى ذاتي اى ليس
 معه آفة آلية وعرضي وهو الذي معه تغير آلي في المخ ~~ولكن~~ ليس عندنا
 من الاعراض ما يميز هذين النوعين عن بعضهما بل الظاهر اتحادهما
 في الاسباب والاعراض بل ربما كانا من طبيعة واحدة واذا نظرنا بحسن التأمل
 نرى ان الاستسقاءات المذكورة انما هي في الغالب اعراض للآفات الخفية
 المتنوعة والذي يقصد بالذات انما هو الداء الاصلي والغالب ان يكون هو
 التهاب الاغشية الذي فرغنا من ذكر اوصافه واحواله فلنجل شرح اعراضها
 ومعالجاتها عليه فان فيه الكفاية

المطلب الثالث

في التهاب الخضاع الفقري

التهاب الخضاع الفقري في الاطفال الرضع اقل من التهاب الاغشية المخية فيهم ومع ذلك اذا التهمت الاغشية جازان يكون الخضاع مجلسا لبعض تغيرات تسبب يقينا للالتهاب لكن ليست تلك التغيرات دائمة الحال فتارة يكون الخضاع متينا جدا وتارة ليننا جدا قال بليار واظن ان الحالة الاولى نتيجة التهاب جديد لاني كثيرا ما وجدت في الاحوال التي كان فيها التهاب الاغشية قليل التقدم وقد وجدت مرة هذا التيبس زائدا الوضوح وكان مع الطفل في حياته تشنجات في الاطراف فوجدت الاغشية مغطاة بطبقة سميكة من تجعدات غشائية كاذبة والجوهر المركزي في هذه الاحوال من التيبس كان لينا قائم اللون ولم يشارك الجوهر الابيض في الصلابة انتهى وذكر بوليود من الصفات التشرىحية احتقانا بسيطا مع زيادة قليلة في القوام وذلك اذا مات المريض من يومين الى اربعة بالتهاب الخضاع وهذا لا يحصل غالبا الا اذا حصبه التهاب الاغشية الفقرية فلا يوجد حينئذ في الجنة الاحتقان تختلف قوته وتلون وردى في الخضاع ويكون القوام اكثر من العادة يسير وكأني غمس زمانما في حوض ضعيف ومن المهم عدم اشتباه هذه الحالة في الخضاع بتيبسه الحقيقي الذي لا يحصل الا في التهاب الخضاعي المزمن ويظهر ان اوفير وقع في هذا الغلط فالذي نقوله ان هذا التيبس الذي اعتبرناه من الصفات التشرىحية لالتهاب الخضاع والمخ يختلف عن التيبس الذي ذكره الاطباء نهاية للالتهاب فزيادة القوام التابعة للالتهاب الخضاعي الحاد انما هي بقية الفيضان الدموي الذي يحصل في الدرجة الاولى من هذا الالتهاب ويصح ان يشبه بنور المنسوج الخلوى وقوامه في الدرجة الاولى من الفلغموني الحاد فهو نوع من الضخامة الحادة ومن المحقق ان الضخامة قد تحصل من الالتهاب المزمن لكن لا ينبغي اشتباه هذه الزيادة البسيطة في الحجم والقوام للاعضاء بتيبسها الحقيقي الذي يصعبه دائما تنوع عميق في تركيب الاعضاء التي هي مجلس له

ولين الخناخ الشوكى اما عام او جزئى واللون اما ابيض او مختلط بانصباب دموى
فالعام يوجد مع حالة شبيهة بذلك في المنخ ويكون لب الخناخ حينئذ شديد اللون
مصفرا واحيانا ناعما او مخلوطا بجزر ودموية واللين التام في المنخ او القريب للتمام
الذى ذكرناه مع الكلام على الاحتقان الضعفى ينشاهد مثله في الخناخ الا انه
اقل كثرة ويندر جدا ان يكون لين الخناخ غير متعلق بلين المنخ وانما الاكثر
ان يوجد لين المنخ بدون لين الخناخ قال بليار فى ثلاثين حالة من اللين مع فساد
فى اللب المنخى وجدت مجلس اللين عشر مرات فى المنخ والخناخ الشوكى انتهى
وصفات هذا اللين كصفات لين المنخ ويتشرب منه ايضا رائحة الادرويين المكبرت
الدالة على فساد سابق فيه فيتزق الخناخ عندما يلمس ويصير من ادنى غسل
كلمرة السائلة فاذا وجد هذا التغير لم يعيش الطفل فى العادة الا بعض ايام
ويتنفس بعسر ويكون صياحه اختناقا ومركاته تقرب من ان تكون عديمة
واطرافه تكون فى حالة استرخاء زائد وجلده بنفسيها ووجهه فى حالة السكون
وهذا الهبوط العام يشاهد فى اقوى الاطفال كما يشاهد فى اضعفهم بحسب
الظاهر ويظهر ان الدورة يحصل فيها تكدر عظيم لان النبض وضربات القلب
التي هى غير منتظمة يعسر الاستشعار بها ويوجد غالباً دائما احتقانات
دموية فى الرئتين او انسكابات دموية ايضا فى البطن او الجمجمة او النساء
الفقرية والغالب ان فساد المنخ وحده يحصل منه انحرافات ونظيفة اقل
مما اذا كان جميع المحور المنخى الشوكى مريضا ويظهر ان هذا اللين يمتد دائما من
المنخ الى الخناخ وتكون الاعراض اوضح واقوى كلما تقدم فساد الخناخ وكثيرا
ما وجد المنخ فى الاطفال المولودين فاسدا بالكلية بدون ان يوجد فى الحياة علامة
خارجية يظن منها وجود هذه الآفة ولا كذلك لين الخناخ واختلاف قوام
المنخا يعسر اعتباره فيوجد كثير اللين او قليله بدون امكان تحقيق هل هو
كثير المرض او قليله اذ لا يسهل ان تعرف درجة التغير التى ابتدأت بها حالته
المرضية ومع ذلك يصح ان يقال ان طرى اللين والتيس هما فى الحقيقة حالتان
مرضيستان اذ لا يوجدان اصلا اقله فى الاطفال الصغار بدون ان يوجد مدة

الحياة اعراض ناتجة من هذه الاقافات فيصح ان يوضع لذلك اصل كلي وهو انه يوجد في اللبن الزائد انما شلل عام اى خور للحساسية اما اذا زاد قوام هذا المنسوج العصبي فانه يوجد تشنجات اى زيادة في الحساسية وكثيرا ما يوجد لبن جزئى في النضاع اى ان يكون زائد السيلان في نصف طوله او ثلثه واما الباقي منه فيكون في قوامه الطبيعى وذلك اللبن يوجد غالباً في الثلث العلوى ثم يأخذ في النقص كلما قرب الى الطرف السفلى ويمكن ايضا ان يوجد تيس جزئى موضعي فمن ذلك ما يوجد من التيس العظيم الاعتبار في الانتفاخ القطنى بخلاف الباقي من النضاع فانه يتحول الى شبه مرققة قال بليار وما شاهدت اعراضاً مخصوصة لهذا النوع الموجود في المنسوج النضاعي للاطفال الصغار ولا عرف السبب الذي ينسب له ايضا وقد يشاهد ايضا لبن الثلث السفلى واما الجزء العلوى فيكون متين القوام جداً حتى في طفل كان معه التهاب حشائى حينما كان سنه ستة اشهر ومات في سن ثمانية عشر شهرا فوجدت فيه لبنا وانحما في الانتفاخ السفلى للنضاع وما ينبغي التنبيه عليه هو ان هذا الطفل كان مشلول الطرفين السفليين بحيث لا يمكنه امساكهما في حالته من الاحوال بل يرنحف ويصعبهما خلفه وكثيرا ما شاهدت هذا الشلل في الاطراف السفلى مع الاطفال الذين قبل ذلك بلغوا السن الاعتيادى للمشي واطن ان هذه العاهة ناشئة من آفة في النضاع الشوكى ويمكن ان يصحكون ذلك من استسقاء سلسلى مزمن وبالجمله ينبغي الاجتهاد في تحقيق مثل ذلك بالبحث الكثير انتهى

والتقيح الذى يحصل من الالتهاب النضاعي يشبه التقيح الذى يحصل في المخ وسند كره في الالتهاب المخى فالصديد تارة يتوزع مر تشعها في منسوج النضاع وتارة يجتمع في بورة اى خراج ويحاط ذلك الخراج اولا من جميع جهاته بالجوهر النضاعي ويمكن فيما بعد ان يتفصل عنه بكيس من تكون جديد والتولدات العارضية والاورام التى تظهر في منسوج النضاع انما تتولد من الالتهاب المزمن الذى كان ازمانه اوليا او تابعا وصفاته نظير ما يأتى لنا فيما يتولد في المخ

ومن تلك التولدات ما هو غير آلى ومنها ما هو آلى كلا او بعضا واتطرى بنية
شرح ذلك في تولدات المنخ

وخلاصة تحقيق المقام ان اعراض الداء الموضعية التي يستشعر بها المميز هي الم
في المحل المحاذي لجزء النخاع الملتهب فاذا كان الالم في جميع طول النخاع كان
من النادر كون الالتهاب بسيطا وانما الغالب كونه مضاعفا بالتهاب الاعشمية
الفقرية. وذكر بعض الاطباء ان الالم يزيد بالحركات والاستلقاء على الظهر
وعلى رأى اولفيريانه يزيد بالضغط على التتوات الشوكية المحاذية لمحل التهاب
النخاع ونتج من المشاهدات الصحيحة ان الالم يظهر في الاحوال التي يكون
مجلس الالتهاب فيها هو الجزء الخلفي من النخاع اما اذا كان مجلسه في الجزء المقدم
فان الالم يعدم رأسا وآفات الحركة والاحساس تصحب دائما التهاب النخاع
الفقرية نعم تعلم امورا واقعية كان فيما فساد تام في سعة عظيمة من النخاع مع انه
لم يكن فيها عظيم تكدر في الاحساس ولا في الحركة لكن يقرب للعقل ان
المشاهدين لتلك الامور غلطوا اما في مشاهدة الاعراض واما في شرح
تغيرات النخاع وعلى كل حال فآفات الحركة والاحساس الحاصلة من التهاب
النخاع تختلف باختلاف ادوار هذا الداء والجزء من النخاع المشغول بالالتهاب
ومصاحبه لالتهاب الاعشمية الفقرية او عدم مصاحبه وتقول ايضا على
مقتضى المشاهدات الصحيحة للمتأخرين ان آفات الحزم المقدمة من النخاع
نسب تكدرات في الحركة وآفات الحزم الخلفية تسبب تكدرات في الاحساس
وان الحركة والاحساس معا يتكدران اذا كان الالتهاب مستوليا على
الحزم المقدمة والخلفية فاذا كان المصاب نصف النخاع فقط في الطول لم تظهر
الاعراض المذكورة الا في جانب واحد فقط مع كون آفات الحس والحركة
توجد في نفس الجانب الذي فيه الالتهاب وذلك عكس ما يشاهد في امراض المنخ
هذا وقد ذكرنا ان تكدر الحس والحركة يختلف باختلاف ادوار الداء ففي
دور التهيج يوجد ازدياد واضح في الحس والحركة وفي دور الفساد والانضغاط
انما يوجد مجرد نقص او شلل تام فيهما

والظواهرات

والظواهرات الاول التي تشاهد غالباً في ابتداء التهاب النخاع الحاد هي كما قال
 اولفير خدر مؤلم في اصابع اليدين او الرجلين مصحوب بتعب في الحركة واحياناً
 بحس برد وربما حصل ايضا تشنجات جزئية او عامة في ابتداء هذا الالتهاب
 بدون ان يوجد تخيل متعب ويحصل مع ذلك تعسر في الحركات وقد يشاهد
 تيبس يتنوبى واحياناً يبدل الخدر بآلام شديدة تنيرضياح المريض ولا يتقبل
 ادنى لمس فاذا بقي الداء على سيره حصل عقب هذه الحالة التشنجية ضعف
 واضح في الحركة والحس للأعضاء التي تتوزع اعصاب الجزء النخاعي المريض
 فيها وفيما تحتها فذلك لا يتيسر للمريض الوقوف ولا المشي اواقله ان يحصل
 في ذلك تخلل ويعسر ان يقبض على الاشياء باطرافه العليا واحياناً تعدم
 الحركة من تلك الاعضاء بالكلية فاذا انضم للشلل العضلي شلل الحس واصاب
 هذا الشلل المزدوج الاطراف كلها وجزاً من الجذع والمثانة والمستقيم كانت
 حالة المرضى حالة اسف وحزن

وقد ذكرنا ان مجلس التهاب ينوع سعة آفات الحس والحركة فاذا كان الجزء
 العلوى او التجمعى هو المتهب شوهدت اعراض مهولة كاعراض داء الكلب
 فان كان المصاب من النخاع هو الجزء العنقى شوهد غالباً ألم شديد في القفا
 وفي الجزء العلوى من العنق وتيبس واضح في عضلات هذا القسم وكذلك
 في الاطراف العليا وقد يشاهد في تلك الاطراف حركات تشنجية ويكون
 التنفس في تلك الحالة غالباً شاقاً حجابياً حازياً فان كان المصاب هو الجزء
 الظهرى الذى بين الاتفاخين شوهد على الخصوص اهتزازات تشنجية
 مستدامة في البدن ولا تشارك الاطراف في ذلك مالم يشغل الفساد جزاً من
 الاتفاحات والتنفس حينئذ يكون قصيراً سريعاً ويفعل بتأثير عضلات
 التنفس الخارجة ويوجد ايضا خفقان وضربات للقلب غير منتظمة فاذا كان
 المصاب من القسم الظهرى هو الجزء السفلى منه والجزء القطنى شوهد بالاكثـر
 حينئذ شلل في الاطراف السفلى وسيلان غير ارادى او احتباس للغائط والبول
 والم عميق محدود في القسم القطنى ويحصل للمريض احياناً مغص شديد

واقباضات تشنجية في جدران البطن وحس ضيق شاق في هذا القسم ذكر ذلك كله اولفير وذلك الظاهرات تحصل سواء كان الداء حادا او مزنا غير انه اذا كان مزنا كانت قليلة الشدة بطيئة السير بل ربما خفي التشخيص منها على الطبيب الضعيف واما الاعراض الاشتراكية فنقول فيها اذا كان الداء قليل السعة غير مضاعف بالتهاب الاغشية كان من النادر ان يمرض الحنجرة اما اذا عم الالتهاب جميع الخناخع وذلك لا يحصل كما قلنا بدون ان يكون معه التهاب الاغشية القشرية فانه قد يكون هنالك حتى قوية كما يحصل ذلك في التيتنوس الذي هو داء يظهر انه نوع من انواع الالتهاب الغشائي الخناخي قال اولفير والنسب في دور الحدة يكون غالباً سريريا وانحما غير منتظم اهتزازيا ويكون التنفس متواترا

واسباب هذا الداء في الاطفال كاسبابه في الكبار كالسقطات والضربات والتقرحات التي يجلسها على العمود الفقري وتسوس الفقرات والرياضة المتعبة المستطيلة والتعرض للبرد الرطب او التغيرات المتعاقبة من الحر والبرد وربما حصل التأثير في الخناخع من عضو بعيد وربما حصل من تأثير الخنازير كما نتج هذه امراضا اخر لكن هذا السبب بعيد

وانذار هذا الداء ثقيل في الاطفال كغيرهم ولكن يختلف ثقله على حسب مجلس الداء فالتهاب الجزء العلوي من الخناخع اخطر من التهاب الجزء القطني وسبب ذلك ان فاعلات حركات التنفس في الحالة الاولى تكون مهددة بالشلل واما الاطراف السفلى في الحالة الثانية فتكون وحدها معرضة لهذا الشلل فشلل هذه الاجزاء الاخيرة ليس له تأثير واصل في الوظائف الحيوية بخلاف شلل عضلات التنفس فانه يعقبها الموت وبالجمله هذا الداء ثقيل بسبب طبيعة الوظائف التي يتمها الخناخع وبسبب شلل الحس والحركة الذي قد يكون نتيجة لالتهابه فمن المهم عدم اهمال علاجه قبل ان يحصل الفساد المخزن في الجزء المشغول بذلك الالتهاب

العلاج * هو لا يختلف عن علاج الالتهاب الحنجري الا في وانما نقول على سبيل

الاختصار

الاختصار اول ما يتدأ به في العلاج هو مضادات الالتهاب كالاستقراغات
الدموية اذا كان الالتهاب عظيم السعة والمريض قوى البنية دمويا ويعان
فعلها باستعمال الحمامات الحارة والضمادات والكدمات على العمود الفقري
والمشروبات الملطفة والحمية القاسية في الايام الاول ويصح ان يضم لذلك
الافينيوات في الاشخاص القابلين للتيج وفيما اذا كان الالتهاب معصوبا بالام
شديدة ويذاوم على ذلك العلاج ما دامت الظاهرات التشنجية موجودة اى
ما دام دور التيج فاذا انحط الالتهاب دووم على الاستحمامات والمرخيات
والمشروبات المرطبة والراحة فاذا انتقل الداء لحالة الازمان دووم على تلك
الوسائط لكن بخفة ثم استعمال المحولات والمصرفات كالحرايق على القسم
القطنى فاذا لم تنفع تلك الوسائط فحصل في الاطراف والبدن شلل تام او غير
تام في الحس والحركة او فيهما معا لم يكن وسائط لذلك الا المنبهات كالصب
والاطلية الطيارة والمرهم الاتيموى ونحو ذلك على القسم القطنى ويستعمل
جوزالقيء او الاستركنين او الجلوانية معا ومتعاقبة لكن ما ذاتفى هذه الوسائط
المنبهة اذا كان الشلل نتيجة فساد تام في جزء عظيم السعة من الخاع وانضغاط
في هذا العضو حصل من ورم عارضى نابع من الالتهاب ففي تلك الاحوال
لم يكن لتحليل ذلك الاوسائط الطبيعية اذ لا يمكن الوصول لتلك الاورام
والتولدات الموضوعة في عمق هذا العضو اللطيف فاذا كان هناك احتباس
في البول والغائط بسبب شلل في المثانة او المستقيم اطلق ذلك بالوسائط
المناسبة كالقائطير والحقن

المطلب الرابع

في التهاب المخ

التهابات المخ في الاطفال المولودين يعسر جدا تحقيقها وبالاختصار اظن انها
تكون اقل كثرة من احتقاناتهم المخية التي شرحنا سابقا درجاتها واعراضها
ومع ذلك اذا ظهر التهاب غشائى معصوب باستسقاء مخى يكون الاولى على
ظنى ان ينسب للالتهاب هذا النوع من الانتفاخ الموجود مع ذلك في المخ الذى

يكون جوهره متينا واحيانا سنجيا يارمادى اللون وزائد الاحتقان دائما
ويظهر كأن المخ في هذه الحالة محبوس في اغشيته واذ اشق فترتها بسرعة ويلزم
ان تكون هذه الحالة ناشئة او لامن الانصباب المصلى في التجاويف البطنية
وثانيا من فوران حقيقى التهابى ذكره يدلوت وجرسان وقال انهم ما شاهداه
وخصوصا في حالة الامتسقاء المخى وتيسر الجوهر المخى يشاهد كثيرا بدون
ان تيسر مشاهدة بعض اعراض له مدة الحياة ومع ذلك شاهدت مرتين فقط
بعض حركات تشنجية في وجه طفلين وجد في نخبهما احمرار رملى شديد جدا مع
قوام متين في منسوجه وذكروا ليوذ حالة تقرب من ذلك اطفال عمره خمسة
اسابيع ومات بعد ان حصل له انقباض في الاطراف وانتصاب تشنجي في العنق
واحتقان دموى في المخ الذى كان جوهره متينا ايضا

والغالب انه يعسر تعيين الاعراض المخصوصة بالالتهاب المخى واصعب من ذلك
ايضا تحقيق وجود هذا الالتهاب منعزلا في الاطفال الصغار مع ان هناك تميزا
وفرقا مؤسسا على المشاهدات الواقعية الصحيحة ذكره لالند وهو ان اعراض
التهابات اللب المخى الحقيقى تقوم بالاكثر من تذكر في الوظائف العقلية
واما اعراض التهاب الاغشية المخية فتقوم بالاكثر من تشنجات مع هذيان
او بدونه فاذا كيف تشاهد نتائج وعلامات الهذيان في الاطفال الرضع الذين
قواهم العقلية تقرب من ان تكون معدومة بالكلية فيمكن ان يوجد فساد تام
او قريب للتام ولا يشاهد عرض قط يدل عليه ويموت الطفل بدون ان يظن
بعلامة من العلامات وجود ذلك الفساد في الجزء المخى المصاب فاذا
لا يستغرب من ان يظهر في هذا السن التهاب مخى ثقيل بدون اعراض تدل
عليه ويمكن ان توضح هذه الظاهرة المخصوصة بالسن وبامراض الاطفال
الصغار بقلة الاهتمام والمنفعة في النصفين المذكورين اللذين تركيهم المبرل
الى الآن ناقصا فيمكن بدونهما ان يعيش عديم الرأس بدون ان يحصل منه
تشنجات كما شاهدنا ذلك فيما سبق

واما التهاب الاغشية فبالعكس فان الاغشية المخية القرنية متى تهيجت

او التهابت

او التهببت حصل منها لا تشنجات في الوجه والاطراف واقباضات يتنوسية
تختلف شدتها واما لام وصياح وقلق وكل ذلك يستدعي اتباه الطيب لان
مجموع هذه العلامات يدل دلالة قوية على التهاب الاغشية المخيمه وقد يشاركها
اللب المخي او النضاعي في الالتهاب وقد يبقى غريبا عنها ولا يمكن ان يميز
الاحوال التي يوجد فيها هذا التضاعف عن التي لا يوجد فيها قال بلديارو هذه
الاعتبارات الكلية تنزل على احوال كثيرة لكن نقول ايضا ان لها استثناء
فقد تشاهد اعراض لالتهاب المخ تستدعي اتباه الطيب وان كانت خفيفة
غير جيدة الوضوح في الاطفال ولا في البالغين وهما هو مثال من ذلك فيه
التهاب معدى معوى وغنى قمرى

طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى في الثامن والعشرين من سبتمبر فكان
منتفع اللون بدون ان يكون نحيفا او شوهده معه بعض اقباضات تشنجية
في الشقين والاجضان ولا سيما في الجانب الايسر وكانت الاطراف من الجانبين
متخشبة او ذميا وبعصيا حاد او قليل الثبات والنبض بطيا جدا واما حرارة
الجلد فكانت اعتيادية: (علاجه حمام خردلى قدمي وثلاث علفات على الجانب
الايسر من الرأس وماء الزرغون محلى) وفي التاسع والعشرين بقيت التشنجات
وصار التنفس متواترا وحصل له في موال من افقه مواد مدعمة وانتفخ القسم
المعدى قليلا اذا ضغط عليه تألم الطفل من ذلك وتقطب وجهه وكان نبضه
ضعيفا ضيقا ولون الجلد يرقانيا عاما: (علاجه ماء الشعير وشراب الصمغ واربع
علقات على القسم المعدى والحمية) وفي اليوم الاول من اكتوبر لم يحصل
للبض اسراع شديد وانما كان يضرب في الدقيقة ثمانيا وثمانين ضربة وكان
اللون البرقا ظلو وجه اقل شدة والتشنجات تكاد ان لا تحس واودعا الاطراف
اخذت في التقدم وعرض الموت في صباح اليوم الثاني من اكتوبر ولما فتحت
جثته وجد كل من الفم والمرى سليما ووجد في سطح المعدة اجرار مخطط
مع تغير في الاجربة ووجد الغشاء المخاطي للمعدة الدقيق ابيض باهتا وابندأ
في اللبن وكان ذلك اللبن اظهر كلما تقدم نحو القسم اللفاني الاعورى ووجد

في قولون اندفاع كثير من اجرة غير متقرحة والكبد عديمة اللون والصفراء
قليلة الكثرة مسودة ووجدت الرئتان سليمتين والفتحات الجينية اخذت
في الانسداد وتجاويف القلب متساوية الابعاد والاقطار والمخ مصفرا لينا
وابندأ في ان تنتشر منه رائحة الادروجين المكبرت ووجد انصباب دموى مع
لين مصفر لبي في الجوهر النخى الذى في الجزء المقدم من النصف الكرى الابن
وذلك اللين يشبه مشابهة قوية ما ذكره لالمند في الكبار البالغين وسعته
نحو نصف قيراط ووجدت الاغشية محتقنة بالدم والنخاع الفقري شديد اللين
يقرب للسيولة ومصفرا ووجد انصباب دموى عظيم على طول السلسلة
واحترقان عظيم في اغشية النخاع ورشح مصل مع تصاعد غازين الام الحنونة
والعنكبوتية في الجزء الخلقى من النخاع ففي هذه المشاهدة شوهدت اعراض
خفيفة مصاحبة لالتهاب في المخ بل وفساد واضح فيه وذلك كبعض حركات
تشجعية في الاجتنان والمقلة وانجذاب تخاطيط الوجه لجهة اولاخرى فهذه هي
الاعراض التي يغلب وجودها في التهاب المخ في المولودين ويمكن ان يكون
التهاب المعدة هنا هو احد الاسباب المهيئة لالتهاب المخ وهذا لا يكثر الا في سن
متقدم عن ذلك والظواهرات المتقدمة لالتهاب المخ في الاطفال الرضع هي
النعاس المستدام وقد يكون عسرا متقطعا والصياح الكثير وحرارة الرأس
وكثرة اخذ الثدي والقيء اما في الاطفال الذين سنهم متقدم عن ذلك
فاوجاع الرأس والهبوط وتقطب الوجه وقلة الاعناء باللعب وعدم الشهية
والاضطراب في النعاس والتيقظ بازعاج وعسر التنفس والتقيأ واحيانا
هبوط وتلبك في الكلام وتميل ووخز في ذراع وساق بل في نصف الجسم اوفى
احد الجانبين مع ضعف في الحركة وبعض نوب خفيفة صرعية وتغير في الصفات
والاعتيادات والافعال والنوم وشغل العقل وعظمشة البصر ودوار وسدر
وطنين في الاذن واختلال في الالذهن وغير ذلك

والصفات التشرهية لالتهاب المخ تختلف بحسب ادوار الالتهاب ولكن ترجع
على رأى بوايود الى ستة رئيسة الاول اللين مع ترشح الدم الثانى اللين مع

ترشح الصديد الثالث الخراجات الجديدة الرابع الخراجات المتكيسة الخامس
 التيبسات او الاورام الجر السادس التيبسات الرقيقة الغير المنتظمة والاثار
 الالتحامية وسير تلك التغيرات على حسب ادوار الداء ترجع الى ما سيذكر
 الاول دور الاحتقان اى فيضان الدم بدون آفة كبيرة في جوهر المخ فيكون
 محققا بالدم احر منتفخا متين القوام اكثر من العادة والد في هذا الدور
 لا يكابد عظيم تغير وقد يكون ذلك الاحتقان قويا بحيث يقطع بعض اوعية
 شعرية فيترشح الدم في جوهر المخ وتشكون من ذلك اكدام وبورات سكتية
 محدودة الثماني دور اللين او التقيع بحيث يعدم المخ قوامه وقوة استساكه
 فيتزق من ادنى فعل وربما اجتمع ذلك مع رشح دموى او صديدي او دموى
 صديدي الثالث تكون خراجات متكيسة او غير متكيسة واثار الالتحام فكان
 الصديد رشح اولي لب المخ ففرق الخلايا التي كان ساكنا فيها وانضم ببعضه حتى
 تكون منه بورات ثم تلك الخراجات اما جديدة يياشر صديدها الجوهر المخي
 واما عتيقة فتكون في غشاء سميك يسمى لها بالكيس وحجمها مختلف فقد تكون
 كبيضة الدجاجة ويتصاعد من صديدها غا بارائحة تننة ويكون لونه ابيض
 مصفرا واحيانا مخضرا وقد يكون جزء منه سائل وجزء مقبذ يسبح كندف
 في وسط السائل وكيفية تكون الكيس كتكون الاغشية الكاذبة بان تتكون
 قطع زغبية كأنها ليفية تغشى جدران البورة ثم تكسب هيئة آلية
 نامية محتوية على شبكة وعائية من جميع انواع العروق تنقسم باوعية المخ المحيط
 بها وقد يلتصق الكيس بجوهر المخ ويكون في الابتداء صفيحة رقيقة سهلة التمزق
 تشبه بيت العنكبوت في الدقة ثم تسلك تدريجا بل ربما تكونت عليه طبقات
 جديدة مادية تصير آلية وكثيرا ما توجد مؤلفة من ثلاث وريقات اواربع
 وكلما قدمت الاكياس كانت الوريقات اكثر وقد يتحول الكيس الخلو الى
 منسوج لينى اولي غضروفى بل او عظمى وقد يمتص سائلها اقتنارب اسطحها
 وتلتصق فالاثار الالتحامية التي اعتبروها آثار بورات سكتية امتص سائلها
 الدموى انما هي في الحقيقة بقايا تلك الخراجات وتتميز تلك الالتحامات عن

غيرها بالمتانة الزائدة الرابع تكون مستنجات عارضية اى اورام مختلفة
الطبيعة تنفج من فيضان الدم بواسطة التهيج الطويل المدة او من الصديد المرتفع
في جوهر العضو حتى يصير آليا يتكون منه الاسقيروس والسرطان والمواد
الشبيهة بالبخ والدون والميلانوس اى المواد الخيرية ويحور ذلك فعلم ان ذلك
انما ينشأ من الالتهاب الطويل المدة

تشخيص الالتهاب الخفى هذا الالتهاب يكون فى الغالب تابعا لالتهاب غشائى
خفى واعراضه تكاد ان تختلط باعراضه ودوره الاول يسمى دور الاحتقان
او التهيج وتزايد فيه بعض وظائف مخية فمن ذلك يشاهد هذيان واضطراب
عام واهتزاز فى الاوتار وحرارة تشنجية وشدة حساسية فى الحواس واحساس
بالم عام وتلك ظاهرات للاحساس كالنشجات للوظائف الانتقالية والهذيان
للوظائف العقلية ويضم لتلك الاعراض الموضعية اعراض استرجعية
تختلف شدة ما باختلاف شدة الالتهاب وقابلية التهيج فى الشخص كالمخى
وبخلاف الجلد وسرعة النبض وقوته وصلابته وكون التنفس متواترا نزغيا
اينسيا والتنفس محرقا والوجه اخضر والعين محمقنة والحدقة متقبضة واللسان
احمر جافا محدد الطرف والعطش شديدا والشهية معدومة والبول متكد
اللون قهلا وبقيّة الاعراض التى توجد فى التهاب الأغشية والدور الثانى
يصح ان يسمى بدور هبوط القوى العقلية او دور الانصباب والتهيج واعراض
ذلك نعاس عميق ونحور فى الحواس او عدمها بالكلية وتعد فى الحدقتين مثل
فى الوظائف الانتقالية ومن ذلك يحصل انحلال فى الاطراف وبصر النبض
صغيرا او شديدا السرعة او ابطا انما فى الدور الاول وكثيرا ما يكون متقطعا
غير متساو وبصر التنفس ايضا عجمية اقليل غير منتظم ضعيفا واحيا ما يتوارد
عليه كالنبض ايضا واتروبطى ويغضى الجلد بعرق لزج وتزداد الاطراف
اذا كان انتهاء تلك الحالة السباتية بالموت والدور الثالث هو دور فساد الجوهر
المخى الذى هو صفة الالتهاب الخفى العام المزمن وذلك ان المريض اذا لم يمت
بهذا الالتهاب الخفى العام الحاد ولم ينته هذا الالتهاب بالشفاء انتقل ذلك الداء

لحالة الازمان في تذرع بيطي في الوظائف العقلية الانخربات التي تسمى
 بالاختلالات العقلية والنسل العام
 واما تشخيص التهاب الجزئي فهو وان كان عظيم الاهتم بالان موضوع كتابنا
 لا يتجمله نهائيه ان نذكر هنا على سبيل الاختصار الاعراض المرضية التي تؤخذ
 من الوظائف الانتقالية والاحساسية والعقلية جاري اذ ذلك في الادوار الثلاثة
 الدور الاول دور التهيج البسيط اي الاحتقان * (آفات الوظائف الانتقالية)
 اذا كان التهاب الجزئي للمخ شليما من جميع المضاعفات يكون العرض
 اللازم له هو الانقباض التشنجي لبعض اجزاء من المجموع الانتقالي فاذا كان
 ذلك الانقباض شاغلا للاطراف كلت متنتية نصف انثناء مع نبس بحيث
 لا يمكن مدها ولا يتيسر لها ان تتحرك بالازادة فاذا كانت عضلات جانب من
 الوجه هي مجلس الانقباض الدائم المذكور ننتج من ذلك زوغان في جميع الشفتين
 للجانب المخالف للنصف الكرى المتهب وذلك عكس ما يشاهد في التزيف النحي
 فاذا كانت احدى العضلات الحفنية هي المصابة بذلك كانت نتيجة ذلك هي
 انطباق العين وذلك الانطباق القوي يختلف عن ما يكون نتيجة انضغاط
 خالص بسيط في المخ كما يحصل ذلك في التزيف الدموي او المصلي في المخ فان
 انطباق العينين اذ ذلك يكون ضعيفا ناتجا من شلل العضلة الزائفة للجن
 العلوي ويشاهد في كثير من المصابين بالالتهاب النحي الجزئي نوب تشنجية
 تختلف شدتها تشبه احيانا نوب الصرع فاذا ظهر هذا العارض فماذا الا
 لكون الالتهاب الجزئي ضعيف بالتهاب غشائي مخي اثر ايضا على المجموع
 النحي كله (آفات الوظائف الاحساسية) بعض المصابين بالنحي الجزئي يشكون
 بحرارة والم في قسم الرأس المهاذي لحل الالتهاب وكثيرا ما لا يظهر ذلك ويظهر
 ان نسبته لالتهاب الاعشسية اولى من نسبته للالتهاب النحي نفسه فوظائف
 الحس يندران تزد وتقوى ملم يتضاعف التهاب المخ بالتهاب الاعشسية
 وانما نقول ان الاطراف المتنتية نصف انثناء اذا اريد ان يساطها يحصل منها
 غالباً احساس بالم شديد لكن اذا كان الالتهاب شاغلا لقاعدة المخ

كما يحصل ذلك كثيرا للأطفال كان كثيرا ما يحصل تزايد عظيم في الاحساسات
(آفات الوظائف الادائية والعقلية) اذ لم يشغل الالتهاب الا جزءا من احد
النصفين الخيين وبني النصف الاخر سليما لم يحصل غالبا في الوظائف المذكورة
آفة مهمة ويظهر في هذه الحالة ان النصف السليم يكفي لاتعلم هذه الوظائف
اما اذا اثار احد النصفين في الاخر وامتد الالتهاب اليه فانه يعرض هذين

مختلف باختلاف سعة التهييج وشدة ومجملته في احد النصفين

دور التقيح واللين والفساد * (آفات الوظائف الاتقالية) تبدل الحالة
التشخيصية تدريجيا بحالة التحلل وخود فاذا رفع الطرف الذي انقبض اولا
سقط بكتلته وجمع الشفتين الذي كان مجذوبا للجانب المقابل للنصف الكرى
بسبب التشنج العضلي يرجع تدريجيا لوضعه الاعتيادي ثم فيما بعد اذا اصبحت
العضلات المنقبضة بالشلل شوهة كما يشاهد في السكتة زوغان الفم الجانب
المحاذي للنصف الكرى المصاب ففي هذه الحالة يكون الخلد المحاذي للشلل
مسترخيا كشيء معلق ثم لا يفتي ان المشهور عند الناس ان الشلل كالتشنجات
ايضا يظهر في جانب الجسم المقابل للنصف الكرى الذي ظهرت لنا فيه
الآفة باعراضها ويوضح ذلك الاتصال بين مجلس الآفات الوظيفية للمجموع
الاتقالي ومجلس الآفات الهيكلية بتصلب الحزم المقدمة للخضاع المستطيل نعم
ذكروا بعض حوادث من الشلل العضلي غير متصلبة اعني محاذية للنصف
الكري المصاب غير ان تلك الحوادث مستثنيات من القاعدة العامة اذا فرض
صحة تلك الحوادث واتقان مشاهداتها كما زعم ذلك بعض الاطباء ولا يمكن
نصور ذلك الا بفرض عدم الاتصال في الهرمين المتقدمين من الخناص المستطيل
مع ان ذلك لم يفتق الى الآن (آفات الوظائف الاحساسية) شلل اعضاء
الحس الخاص لا يصاحب في العادة شلل اعضاء الحركة والحس العام وذلك ناشئ
يقينا من كون اجزاء المخ التي تتراعى على فعل الحواس المخصوصة لا تكون
عادة مجلسا للالتهاب المخي الحزني فشل الحس لا يجتمع دائما اجتماعا لازما بشلل
الحركة واذا اجتمع فكانت درجته ادى من درجة الشلل العضلي ومع ذلك

ذكروا

ذكرنا بعض امثلة فيها شلل الحس في الاطراف مع بقاء ممارسة الحركات فيها
 ممارسة تامة ولكن يحتمل ان يكون الوجود حينئذ آفة اخرى غير الآفة التي
 في المخ بل ربما تجاسرنا على تأكيد ذلك قهرا (آفات الوظائف العقلية
 والآداب) نتج من المشاهدات العديدة انه اذا لان نصف كرى فقط وفسد
 كلا او بعضا جازان تبقى الظاهرات العقلية والقوى الآدبية حافظة لسلامتها
 ومع ذلك هناك احوال تتغير فيها هذه القوى بل تتعطل بالكلية مع ان المصاب
 من الابتداء نصف كرى واحد وهما هو التوضيح الذي ذكره لاند لهذا الامر
 وعبارته اذا انتفخ جزء من المخ بالتهاب حاد لم يجد محلا يغزو فيه الى الخارج
 فن أبسط النصف الكرى للذي هو فيه ينضغط النصف الكرى السليم
 فن ذلك ينشأ الاحساس المخصوص بالتوتر المصاحب للصداع ويتضح من
 ذلك هدم دوام المواقفة بين سعة التغير المرضي وتقل الاعراض وكذا يتضح
 من ذلك الاتفاخ لاى شئ لا يوجد في الجثة مثلا الا لين سعة في حجم بندقة
 مع ان المريض كان معه فالج تام ولاى شئ تفقد الاعين والاذان غالبا
 قوة الابصار والسمع ولاى شئ يصير الشلل احيانا في آخر الداء عاما مع ان
 المصاب نصف مخي واحد وينسب لذلك السبب ايضا النعاس والسبات
 والتفقد التام للقوى العقلية ويدل لخصه هذا البيان ان المرضى الذين معهم فتحة
 واسعة تسمح لهم ان يمتدوا باطلاق الى الخارج تبقى معهم حاسة الابصار
 والسمع محفوظة سليمة في الجانب الغير المصاب بالشلل ولا يحصل لهم الاضعف
 خفيف لهذه الاعضاء في الجانب الآخر ويكونون سليمين من النعاس والسبات
 ونحو ذلك ويمارسون للوظائف العقلية الى نهاية الداء والذي يؤكد لنا هذا كله
 هو ان في مثل تلك الاحوال اذا اريد معارضة خروج المخ ومنعه من ذلك سقطت
 المرضى حالا في حالة سباتية وفقدت منهم القوى العقلية وبالاختصار يوجد
 في التهابات الحادة النخية سببان للاعراض متميزان عن بعضهما احدهما تغير
 موضعي ينتج ظاهرات محدودة في جانب الجسم المقابل للنصف الكرى المصاب
 وثانيهما هو ينتج فيضانا عظيما ويتبع ذلك انضغاط الاجزاء الغير المصابة

وظهور الاعراض العامة كالنعاس والسبات وفقد المعرفة وفقد ذلك
فاذا لان النصفان الكريان معا وتقيصا وفسدا في سعة عظيمة منهما نتج من
ذلك دائما تغير عميق في الوظائف العقلية الادائية فتضعف هذه الوظائف
وتصاب بالشلل كالوظائف الانتقالية

دورغوا التولدات العارضية المختلفة * هذه التولدات العارضية مهما كانت
طبيعتها التشريرية سواء كانت آلية او غير آلية تكون كاجسام غريبة فيلزم
ان تغير الوظائف التي يكون المخ آلة لها سواء كانت تلك التولدات اسقيروسية
او مادة مخية او ذرية او غير ذلك وسواء كانت الملية او غير آلية فتؤثر تأثيرا
ميكانيكا على الجوهر المخي المحيط بها ومن ضغطها عليه يحدث الشلل لكن
يقال فيما عدا الآفات العامة التي ذكرناها هل لكل من هذه الآفات
العارضية اعراض مخصوصة مميزة له عن غيره ونقول في ذلك ان المؤلفين
المؤثوق بهم وان ذكروا ما يفيد الجواب عن ذلك الا ان الغالب على الظن عدم
الوقوف على ذلك من الاعراض وليست الادلة قوية على اثبات ذلك بل
في بعض الاحيان لا تظهر لتلك التولدات اعراض اصلا في الحياة ولا يعلم
وجودها الا من فتح الموتى قد يو جد في كثير من الاطفال الصغار بعد الموت
درن في المخ لم يحصل منه حال الحياة آفة وظيفية واضحة

قد بان لنا حسب الطاقة ما يعرف منه وجود التهاب مخي جزئي في ادواره
المختلفة وبقي علينا تشخيص القسم والجزء من النصف الكري الذي هو مجلس
للداء ولنشرع فيه على مقتضى الحالة الراهنة للعلم فلاجل ذلك نذكر تنوعات
الاعراض التشخيصية او الانخرامية الغير المنتظمة او السلبية على حسب كون
التغيرات الالتهابية شاغلة جزء كذا او كذا من المخ او شاغلة للجوهر كذا او كذا
من جوهرى المخ ولنجعل ذلك مختصرا في اربعة اقسام (الاول في النسب
الموجودة بين مجلس آفات الوظائف الانتقالية ومجلس الآفة المخية التي
هى نتيجة الالتهاب) فاولا ان الآفات المختلفة للحركات المنسوبة للكلام
اى تقاطيع الصوت يظهر انها ناشئة من آفات القصوص المقدمة للمخ

وفي ذلك اضطراب بين الاطباء يطول بنا المقام لو ذكرناه وثانيا ان الشلل
 في الطرفين السفليين اى عسر حركتهما يظهرانه يوافق آفات الاجسام
 المحرزة ويمكن ايضا ان يوافق آفات القصوص المتوسطة للمخ وثالثا ان
 مثل تلك الاعراض في الطرفين العلويين يدل على تغير في الطبقات البصرية
 او القصوص الخلفية للمخ ورابعا انه يعسر ان تعرف نسبة الشلل او التشنج
 في عضلات الاعين والاجفان لاي جزء من الكتلة الخفية ولكن هناك امور
 واقعية كثيرة تحمل على ظن نسبة ذلك للآفات القريبة من الحدييات
 التوهميات الاربع والمحقق اكثر من ذلك هو ان شلل هذه الاعضاء لا يوجد
 في كثير من الاحوال التي يوجد فيها شلل ناتج من آفة في النصفين الكريين
 سواء كان ذلك الشلل في الاطراف او في الوجه او في اعضاء الكلام (الثاني
 في النسب الموجودة بين مجلس آفات الوظائف الحساسية وآفة التغيرات
 الخفية) تقول بعسر علينا الآن بيان ذلك من الامور الواقعية فان من تلك
 الامور ما يفيد التباين والتخالف مثلا منها ما يفيد شلل الشم بسبب تغير
 في القصوص المقدمة للمخ ومنها ما يفيد سلامة هذا الحس مع فساد هذه
 القصوص فلا تزال تنتظر مشاهدات جديدة تفيدنا بعض معارف في التغيرات
 الخفية الموافقة لآفات الوظائف الحسية المخصوصة وهي السمع والبصر
 والشم والذوق ولتلق النظر لحظة في مسألة اخرى وهي ما التغير الخفي الموافق
 لشلل حس اللمس فتجربيات ما جندى وييل يفهم منها ان الزوج الخامس
 العصبي هو الذي يحمل لاجزاء مختلفة من الوجه وللعين نفسها اصل حساسيتها
 الحسية او العامة وان الاعصاب التي تذهب من الحزم المقدمة للخناق الفقري
 تنشر الحساسية في الاجزاء الاخرى من الجسم التي تحتوى على هذه الخاصة
 الثمينة فمن حيث ان اعصاب الحس لا ترجع مباشرة للنصفين الكريين الخمين
 يلزم ان لا يتعجب من كونه لم يشاهد في اغلب احوال الالتهاب الخفي الخالص
 البسيط وجود آفة عميقة في الخاصة التي تكون تلك الاعصاب محلا او موصلا
 لها بل يقرب للعقل ان تزايد الحساسية واطفاءها في احوال الالتهاب الخفي

الجزئي ينشأ من كون الداء اثر بطريق الاشتراك في المجموع الشوكي (الثالث في النسب الموجودة بين نوع الآفات العقلية ومجلس الآفة الخفية) لا يؤخذ من التفتيشات الكليينكية لذلك الاشياء يسيرة وتلك الاشياء مرتبطة برأى الطبيب الماهر جال حيث وضع لكل خاصة عقلية محلامينا من المخ ولا تطيل الكلام هنا زيادة عن ذلك (الرابع في اختلاف الآفات الوظيفية على حسب كون مجلس التغير المرضي في الجوهر السنجابي او في الجوهر الابيض للمخ) ظن بعض المؤلفين ومنهم فوفيل ان آفات الجوهر السنجابي تسبب آفات في القوى العقلية اما آفات الوظائف الانتقالية فتنشأ من آفات الجوهر الابيض واما الجواب عن مسئله هل آفات الاحساس عموما توافق تغيرات الجوهر السنجابي او آفات الجوهر الابيض فيظهر انه يعسر الوقوف على ذلك من المستنبجات الكليينكية وقوفا صحيحا بل لا يمكن ان يعرف معرفة اكيدة هل الاحساسات يترأس عليها المخ ام لا ومع ذلك يظهر ان الاحساس العام مجلسه في الخاع القوي لافي النصفين الخمين هذا ولم تزل الاطباء ولا يزالون مستغنيين بالبحث في هذه الموضوعات ورجوا ان ينج من ذلك في المستقبل نتائج صحيحة نوقشنا على الحقيقة ونفس الامر

واما الاعراض السنجابية اي الاشتراكية للالتهاب الخفي الجزئي فكثيرة فاما تأثيره في اعضاء الدورة فهو ان الالتهاب الحاد اذا كان شاعلا لجزء عظيم من المخ نتج من ذلك حسي يختلف شدتها اما اذا كان الالتهاب قليل السعة ولم يكن قوى السير كانت الحسي معدومة او تكاد ان تكون معدومة ومع ذلك يشاهد تكررات في الدورة في الاحوال التي تكون الوظائف الانتقالية فيها مصابة باصابة عميقة فمن ذلك كثيرا ما يكون النبض بطيئا اذا ظهرت اعراض نقص القوى الخفية وكان التنفس عسرا شخيرا او احيانا يكون النبض سريعا والوجه محمقنا احمر والجلد حارا اذا عرضت نوب تشنج عام او تشنجات صرعية مثلا فاذا انتهى الالتهاب الخفي بالتقجيع وسعي في السير لا الى نهاية جاز ان يحصل من ذلك حسي دقيقة لكن هذه الحسي تكون عموما اقل عما في اغلب الالتهابات

الآخر

الاخر المزمنة في الاحشاء واما تأثيره في اعضاء التنفس فهو ان حركات التنفس لا يحصل فيها تكدر زائد متى كان مجلس الالتهاب في جزء من النصفين الكريين فقط اما اذا عم الالتهاب وامتد الى الاغشية المخية والرخاع الشوكي او غير ذلك جازان يحصل انخرام في حركات التنفس قسبطى وتضعف في دور ضعف القوى المخية والشلل وتواتر وتصير غير منتظمة وكونها تشنجية في دور التهيج او دور التشنج واما تأثيره في وظائف الجهاز الهضمي فهو ان هذه الوظائف تصاب اصابة محسوسة كلما كان الالتهاب اعمق بحيث يثير الحمية القوية والقيء وان كثرت في بعض انواع التهاب الاغشية خصوصا في الاطفال الا انه لا يوجد في الغالب مع الالتهاب المخي الجزئي البسيط فاذا ظهرت اعراض نقص القوى المخية قصا عميقا شاركتها في ذلك وظائف اعضاء الهضم فاحيانا يحصل امساله واحيانا اسهال غير ارادى ومن المعلوم انه يعسر تحريض القيء في احوال السبات العميق واما تأثيره على وظائف الجهاز البولي فيقال فيه ما قيل في تأثيره على الجهاز الهضمي في احوال السبات يتقطع نطلب البول كما يتقطع نطلب التغوط وتتقطع الحركات التي تعين على التبول ولا يحصل هذا الا فرار الامن الامتلاء والقيضان فاذا بقيت الحالة السباتية زمنا طويلا اضططر لادخال القناطير في الغالب لمنع احتباس البول

اسباب الالتهاب المخي وعدته هي كثيرة مختلفة في الاطفال فان هذا الداء يوجد حتى في المولودين بل توجد آثاره في مخ المولودين امواتا ومن اسبابه الحركات العنيفة التي تحصل في رأس الطفل عند الولادة وسقوط الاطفال على رؤسهم جميع ذلك تولد منه عوارض يسببها عصبية وتشنجية واستسقاءية مع انها كلها منسوبة للالتهاب ومن اسبابه في الاطفال ايضا الاندفاعات الجلدية في فروة الرأس والالتهابات المزمنة في الاذن والحفرة الانفية وسيل المعصوبة بتسوس العظم وتهيج الاعصاب وخصوصا الاعصاب السنية واللثة في زمن التسنين وكذا التسنين الشاق وغيبوبة اندفاع جلدى مزمن واما الاسباب

المهيسة فهي المحدثه ايضا لكن يكون تأثيرها بطيئاً واما السير والمدة والاذنار
والتضاعف للالتهاب المنحى الجزئى فهو ان هذا الداء قد يظهر فجأة وقد يظهر
بطيئاً تدريجى ومن ذلك انقسم هذا الالتهاب الى حاد ومزمن والمزمن ليس
دائماً اوليا وانما الغالب كونه تابعا للحاد فاذا اثر السبب بقوة وكان المريض
صغيرا دمويّا قابلا للتهيج كان سير الداء حادا اما اذا اثر بطيئاً وكان قليل الشدة
وكان المريض مقدما فى السن قليل الدموية خامدا لقوى العقلية باردها كان
سير الداء فى الغالب مزمناً واما مدته فى الشكلى فلا يمكن تقديرها
تقييدا حسنا فهي تختلف باختلاف مجلس الداء وسعته وقوة المريض
ومزاجه ومضاعفات الداء ونوع المعالجة واتذاره ثقيل وتقله يختلف
باختلاف اعراضه

علاج التهاب المنح * علاج دور التهيج يلزم له الاستفرغات الدموية وتكرارها
على حسب سن المريض ثم وضع المبردات على الرأس فتارة يستعمل الجليد
المكسّر بان تملأ منه مشاة نصف امتلاء وتغطى بها فروة الرأس مع
الاحتباس على تجديد الجليد متى ذاب من الحرارة وتارة يصب على الرأس الماء
البارد وينبغى الحذر من صب البارد على جميع اجزاء الجسم لان عموم وضع
البارد يعين على احتقان الاحشاء غالبا وسبب الرثان والمنح ولا ينبغي عليك
ما يستعمل مع ذلك من الحمية التامة واستعمال المشروبات المرطبة
والحمضة والمهالة والمرخية على حسب الاحوال والحقن اللطيفة او الزقية
وقد تستعمل المحولات احيانا من الظاهر ومن الباطن بعد الاستفرغات
للمدموية ووضع البارد اذا نقص الالتهاب بها فالمحولات من الظاهر كالحمام
القدمى الخردلى والحراريق والمهاجم ومن الباطن كالمليينات اى المسهلان
الخفيفة او القوية ومما اشتهر نفعه جيدا من تلك المحولات الباطنة وكثير
مدحه الطرطير المقيى يعطى جرعة فهذا لا ينبغي اهماله وان منع استعماله
بعض الاطباء للقيى وسبب الامتناع عنه ذكره لجملة امور واقعية ثبت قتل خطره
علاج دور التقيى * اذا لم تنفع مضادات الالتهاب او اهل استعمالها وانتهى

الالتهاب

الالتهاب المخي بالتقيح يلزم مادام هنالك اثر للالتهاب ان يدوم على استعمال ذلك العلاج ويترك زوال ذلك للطبيعة بامتصاص الصديد المرتشح في جوهر المخ فلو فرض ان في المخ خراجا سواء كان حديشا او قد بما تمكيسا وهذا شيء نعلم معرفته كان من اللازم اعطاء منفذ تخرج منه المادة الصديدية وذلك يكون بوضع الشاقب المجعبي وكيف يمكن تعيين موضعه والوصول الى ذلك الصديد مع ان هذه العملية في نفسها خطيرة فيحتاج ان يترك ذلك للطبيعة ايضا فاذا فرض انه حصل في النجمة اثقاب عارضي يمكن الوصول منه الى المجمع الصيدي المتكون في جوهر المخ لم يتوقف في توسيع ذلك المنفذ وهناك حوادث واقعية تثبت نجاح هذه العملية

علاج المستنجات العارضية التي قد تظهر في المخ عقب التهابه المزمن *
الواسطة لذلك هي استئصالها لانها اجسام غريبة اذا علم محلها وسهل الوصول اليها بالآلات وذلك امر عسير فيترك الامر فيها للطبيعة لما يلزم عليه من شق العظم والاعشية وانما يستعمل في هذا الدور والذي قبله المسكات والمنخفضات للآلام فيؤمر بالمخدرات اذا حصل للمرضى آلام شديدة كما يتفق احيانا وسما الاورام السرطانية حيث يكون الالم فيها اخر كما قال ذلك جيورجيت ولا يخفى عليك علاج المضاعفات لهذا الداء كوضع القناتير من اسفرها اذا حصل امسالك للبول واستعمال الحقن المليئة اى المسهلة بلطف اذا حصل امسالك للتفل ونحو ذلك

المطلب الخامس

في التهاب المخنج

هذا الداء نادر في الاطفال ولو فرض وقوعه لم يختلف علاجه عن ما ذكر في علاج المخ فلا حاجة لاطالة الكلام فيه

المبحث الرابع

في التشنجات

قال بليارهي في الغالب نتيجة التهاب الاغشية الفقرية او المخية فاذا لم يوجد

في الرمة اثر لالتهاب الاغشية فذلك اولا لكونه يعسر ان يميز احتقانها الضعفي
عن احتقانها الالتهابي وثانيا ان من المعلوم ان التهيج الواضح في منسوج عضو
يمكن ان يحصل بدون ان يوجد زمن يظهر فيه اثر للالتهاب محسوس بحيث
يمكن تحقيق وجوده لكن لما كانت مشاهدة التشنجات مع التهاب الاغشية
اغلب واوضح في الاطفال من عدم مصاحبتهما لهما كان من اللازم اختيار
كونها فيهم ناشئة من التهاب غشائي قفري او مخي مهما كانت اشكالها
ودرجاتها وان سميت بالاكليسيا وباتقباض الاطراف وبالاهتزازات وغير
ذلك واثبتته هذا الرأي الطبيب براشيماتي وقدمي سوافاج الافة التشنجية
الشبيهة بالصرع في الاطفال الصغار في السن بالاكليسيا والطبيب كور
رسالة جليلة في تشنجات الاطفال عرف فيها جيدا هذا الداء بصفاته فقال
هوداء بوصف بحركات متعاقبة شديدة غير اختيارية قصيرة المدة ولتقباض
واسترخاء في العضلات التي لا تتقبض عادة الا بالارادة وتوجد تلك الاعراض
غالبا مع هذه المعرفة وبدون زبد في الفم انتهى وهذا التعريف صحيح مضبوط
منتخب خال عن الاضطرابات التي اختلف فيها المؤلفون عند تعريفهم
هذا الداء ومنه يعلم الفرق بينه وبين غيره من الامراض المشابهة له وهو معنى
قول دوچيس ان هذا الداء متميزا اولاعن التشنجات اى الحركات التشنجية
التي تبقى فيها القوى العقلية مع المرضى سليمة ولا توقع الحياة في الخطر وثانيا
عن الصرع الذي صفاته تقرب من صفاتها غير انها ليست مثله في امر وهو انه
لا يتكون منها مرض مزمن حقيقي طويل المدة بحيث يمكن ان ينسب
للبنية اى يكون مرتبطا باستعداد في الشخص انتهى

والاكليسيا في الاطفال الصغار ينبغي ان تميز الى نوعين وان تشابهها
في الاعراض بل ربما اشتبه احدهما بالآخر مع انها يختلفان في السبب
والانذار والعلاج احدهما موضعي والاخر سمائي اى اشتراك في الموضوعي
يصيب المولودين دون غيرهم والغالب ان يكون نتيجة الطلق الولادي
او الشاق والمستطيل المدة واستخراج عنيف الجنين فاذا انضغط الرأس بقوة

من جفت الولادة وسببا اذا حصل فيه كسر ادى الى انصباب دم على سطح المخ او بقي الدم واقفا او طافا في الاوعية الباطنة وخصوصا اوعية الرأس بسبب انضغاط حصل في الطفل والمشيمة معا في رحم بقي منقبضا زمنا طويلا او بسبب انضغاط متتابع في الاقسام المختلفة من الجسم عند استخراج الجنين بالقدمين او اختنق العنق وحده من التفافات الحبل السرى عليه وانضغط على جدران الحوض عند المجيء بالوجه نتج من ذلك الحالة السكتية التي تكلمنا عليها فيما سبق وترتبط الاكلبسيا بتلك السكتة قال دوجيس قد رأينا ان التشنجات قتلت طفلين استخرجوا بالعملية القيصرية من بطن امرأتين ماتتا عن قريب وقتلت في مرة اخرى مولودا استخرجه بتلك العملية دبواس من رحم امرأة حية فيصمغ ان يظن في الحالتين الاوليين ان الدورة لما وقعت في الام قبل خروج الجنين نتج من ذلك وقوفها فيه وحصول اسفكسيا امتلائية له كما في احوال انضغاط الحبل السرى واما الذي حصل في المشاهدة الثانية فيعسر توضيحه

والاكلبسيا الموضعية تظهر احيانا في يوم الولادة وانما يسبقها امراض السكتة كاللون البنفسجي وانتفاخ الوجه واتساع الحدقة واحتقان اوعية القرنية والملتهبة وعدم الحركة والسبات والاسترخاء والتبديس في الاطراف والحركات القوية السريعة للقلب وحيانا يبطئ ظهورها بحيث قد تبدأ في الرابع وذلك نادرا في مثل تلك الحالة تظهر الاكلبسيا غالبا ولو بعد زوال العلامات السكتية بالكلية ببعض علامات مقدمة وهي الاضطراب والانيق القصير وعدم انتظام التنفس وتلبكه الوقتي والحركات القجمائية الغير المنتظمة الغريبة والحول الوقتي والتناوب المصعوب بهتزاز الفك الاسفل وكرار الاسنان او صريرها وحيانا توارد انتقاع واجرار بل وعرق وهناك علامة اكد من هذه العلامات التي ذكرناها وهي هيئة النعاس مع تبديس في قبضة اليدين المتنبتين نحو الحافة الزندية من الساعد وتبديس الاصابع الموضوعة بطولها على راحة الكتف مغطية للابهام المتنبية بقوة ويمكن بسهولة قهر هذا التبديس

لكن لحظة ما فقط فاذا اشتدت الدرجة جدا شوهد التيبس في جميع الساعد
وتكون الايدي منكبة انكباً قهريا والعلامات المقدمة قد تزول بالعلاج
المناسب والغالب ان يعقبها نوبة او نوب من الالكبسيا وتبقى في فترات النوب
بل قد تبقى بعدها احيانا مدة ايام حتى في الاحوال الجيدة

وتعرف النوب بهيئة اندهاش وفزع وانسحاق يتبعه حالا احمرار وانتفاخ
في الوجه والعنق وتمدد في الحدة وانفتاح في العينين وحول وانقلاب
واضطراب اهتزازي سريع فيه ما وتقاطيط الوجه تقتل باهتزازات مثل ذلك
والاطراف تضطرب ايضا مع كونها متبسة متددة والشفة السفلى تنقلب
نحو باطن الفم والقسم نفسه يجذب لجانب اكثر من الاخر ويكون التنفس
متعبا شهيقيا بسبب تشنج العضلات الصدرية وتلك النوبة لا تدوم الا بعض
دقائق وشوهد طول مدتها لكن في احوال خلاف الاحوال المذكورة
وعدد النوب يختلف كثيرا ثم تارة يحصل في فترات ارجوع تام للصحة
وتلك دلالة جيدة وتارة تبقى حالة خلود في القوى العقلية تؤدي تدريجا الى
السبات ثم الموت الذي قد يحصل من ثني عشرة ساعة الى اربعة ايام بعد ظهور
الاعراض الاول وهذا الانتهاء المحزن نادر ويذكر سببه جيدا كما يذكر
في الفالج والبله وكما يشاهد في الاحوال النادرة جدا بقاء هذا الخلود مستعصيا
بعد الالكبسيا وذلك انه يشاهد في الرمة عادة طبقة سميكه من دم متجدد
حول الفصين الخلفيين للمخ او المخيخ او الخضاع المستطيل وتكاد البطينات
ان لا تحتوى على شئ اصلا قال دوجيس ومارأت فيها الامصلا مدما بل
بقدار يسير ويمكن ان يحصل الشفاء من ذاته اذا كان الانصباب قليلا او كانت
الالكبسيا ناشئة من انضغاط في المخ حاصل من سبب آخر كالانحساف عظيمة
من عظام الجمجمة مثلا وكثيرا ما شاهدنا انحسافا حصل معه كسر وارتفع
العظم شيئا فشيئا حتى رجع لمهله وزالت بزواله الاعراض التشنجية والشلالية
التي نشأت منه

ولما كان الداء في جميع الاحوال ناشئا من سبب مادي وتراكم الدم بفيضان

في الاوعية الخفية او انصب في الجمجمة كان من المعلوم ان مضادات التشنج
عديمة الفائدة وانما يلزم ازالة الامتلاء العام او الموضعي واطلاق التنفس
فهاتان هما الدالتان الرئيستان للعلاج وقد ذكرت في علم الولادة الوسائط
الخاصة التي تنفعهما اذا حصلت العوارض بعهد الولادة حالا وهي القصد
السري والنفخ فاذا تأخر ظهور العوارض عن زمن الولادة لزم استعمال القصد
الشعري بوضع علكة او علقنتين على الصدغين او خاف الاذنين ويسهل حينئذ
ايصاف سيلان الدم والتحرز من التزيف المهلك او المضعف جدا ويظهر ان
من النافع اذا طال مدة الداء ان يحفظ البطن مطلقا بالمسهل اللطيف وربما
نفعت الانزعات القلبية المخردة اذا كان العته عميقا واما الحاراريق خلف
الاذنين او على الرأس فلا تناسب الاضداد للشلل الذي يمكن ان يصير بدلا
عن التشنجات ومثل ذلك ايضا المروحات الزيقية وغيرها من الوسائط المعينة
على امتصاص السائل المنصب

واما الاكلبسيا الشتركية فتظهر في الغالب مدة التسنين الاول اعني
من نحو الشهر السادس من الولادة وقد شوهد انه تكرر مرات كثيرة مدة
السنوات الاربع او الجنس الاول نوب اكلبسية ناشئة من آفة عضوية في المخ
كضموره وانصباب فيه محدود ونحو ذلك ولا يمكن الداء حينئذ يشبه
بالصرع الموضعي وقد تحدث هذه الاكلبسيا من وجود بعض ديدان في الامعاء
وتفريخ داء جلدي لدفاعي ولا سيما الجدري ومن سوء الهضم وينبغي ان
ننبه على ان التشعيرة عند ظهور معظم الآفات الحمية الالتهابية كالنزلة
الصدرية كثيرا ما يصحبها في الاطفال الصغار نوبة او ثنتان او ثلاث من الاكلبسيا
وتلك النوب تختلف قابلا عن النوب التي ذكرناها قبل ذلك فهي دائما
اعراض صرعية الشكل لكن لا تبقى بعدها عنها ولا سبباتا او تبقى من ذلك
يسيرا بل ربما اقبلت في مدتها مع المرضى الصغار بعض معارف في عقولهن
ويحكم بانذارها من العنف الذي يحصل لهم عند ممارسة الحركات التي تطلب
منهم كخراج اللسان ونحوه ولذلك كانت اقل خطرا وذكرنا ايضا انها بشارة

جيدة اذا حصلت في مدة تفريح الجدرى ومع ذلك قد تذكر احيانا وتثقل
وتطول وفي كل مرة يصير الميل للسكنة اوضح حتى تحصل هذه السكنة
بناتجها الممكنة وهى الموت او الفالج او الشفاء التدريجي

ومن اللازم للعلاج معرفة ينبوع العوارض ومقاومتها مباشرة ومع ذلك
لا يستدعى التسكين العسر شق اللثة الا اذا ظهرت الاكلبسيا بصفة ثقيلة مغممة
والا فيقتصر على الاستجمامات والحقن والمشروبات المضادة للتشنج كما زهر
البرتقان والمليسا واليزرفون ونحو ذلك والترديد اى عصارة الخس البرى
المستخرجة منه بالشق والخشخاش واذا تحقق وجود الديدان خصوصا
بمخرج شئ منها عولجت بمضاداتها وسوء الهضم يعالج بالمشروبات الشامية
والعطرية او بالمياه المقطرة لتلك النباتات وربما بالمقيحات وتلك الواسطة
الاخيرة استعملت على سبيل التجربة لا كلبسيا الاطفال الصغار في بعض
البلاد ولا خطر فيها الا في الاحوال التى فيها ميل قوى للسكنة اما في غير ذلك
فيظهر انها نافعة ومع ذلك قال دوجيس لا ارى من اللازم استعمالها حتى
وان ظهر جدرى او نزلة صدرية اذ لم يكن هناك اعراض اخر تستدعى
استعمالها فان كانت الاكلبسيا ناشئة عن احتقان دموى في المخ عرف
بصفاته الخاصة كالوجه البنفسجي ونحوه كان الفصد الموضعى الزم كما في الاكلبسيا
الموضعية وخلاصة ما في المقام حسبا يؤخذ من رسالة الطبيب دوجيس
ان الاكلبسيا مرض مخصوص يظهر انه ناشئ من تجميع موضعي او سمبائوى
في المخ وسببا في الجوهر القشرى لتعاريج المخ والمخج وانها تارة تكون بطرز
متقطع او نوب منعزلة عن بعضها صرعية الشكل وتارة يسبقها حالة سكينية
تكون سببا لها او منسوبة معها السبب واحد وتارة تتبعها هذه الحالة السكينية
فتكون نتيجة لها وذلك يعطى للاكلبسيا في كلا الحالتين الاخيرين حالة سكينية
اى شبيهة بالسكنة اصلية او تابعة وتارة تظهر دائمة او متردة فقط اى لها
فترات غير تامة ويتنوسية الشكل سواء ظهرت باعراض مختلطة ببعضها
تذكر التشخيص او بالاعراض الخالصة التى سموها بالتيندوس ونسبوه

للسن الموجود فيه فقالوا يتنوس المولودين وذلك التميز ضرورى في العمل
اولا ان الداء اذا كان سجا نوياى اشتراكا او ذاتيا عولج بمضادات التشنج اوشفى
من ذاته اذا ازيل السبب كما ان المقيء او المسهل يزيل المواد الفاسدة الهضم
فتزول تاييج الفحة وثانيا اذا كان هناك احتقان او انصباب دم في الجمجمة
احدث الاكلبسيا لزم استعمال الاستفرغات الدموية عند حصول الاعراض
المقدمة وثالثا اذا ظهر الاحتقان الدموى مدة النوبة الاولى اوفى النوب
التابعة لهما لزم المبادرة ايضا للاستفرغات الدموية ورابعا اذا كان سير الداء
مزمننا مستداما ممكن ان يظن وجود التهاب عنكبوتى او انصباب فقري
فيستعمل العلق والمصرفات ونحو ذلك ومثل ذلك ايضا اذا علم من وجود
بعض شلل ان هناك انصبابا ضاغطا على المنح من الخارج او متعبا لوظائفه
من الباطن

المبحث الخامس

في التيننوس

من المعلوم ان لفظة تيننوس معناها من اليونانية تيبس او تورعصبى او تمدد
فهو داء يعرف باليبوسة والتمدد التشنجي لجملة عضلات كثيرة او قبله واحيانا
لجميع العضلات الداخلة تحت سلطنة الارادة فلذلك كانت لفظة تيننوس
انما تدل على عرض ذاتي لهذا الداء وهو التيبس العضلى واما مجلس الداء
وطبيعته الخاصة فلا يزالان مجهولين واذا كان التيننوس عاما بقى الجسم كله
في حالة تيبس لا يقدر على الانثناء لجهة من الجهتين فاذا كان شاغلا للجزء
المقدم من الجسم وكان البدن مضنيا الى الامام والاطراف قريبة له اى فيكون
المنقبض هو العضلات القابضة للبدن والاطراف معى امبرستوتونوس
ومعناها من اليونانى تيبس من الامام فان كان الانحناء البدن الى الخلف كان
المنقبض هو العضلات الباسطة عكس الحالة السابقة فتكون الاطراف
والجذع شديدة الامتداد ويوجد في العمود الفقري من الخلف تقعر واضح
وذلك يسمى اوبستوتونوس اى تيبس من الخلف فان كان الانحناء لاحد الجانبين

سمى بلورستونوس أى تيبس من الجانب فان كان المصاب هو عضلات
 الفك فقط أى الرافعة للفك السفلى سعى تربز موس أى كراز الاسنان بحيث
 لا يمكن تباعد الفكين عن بعضهما
 وذكر بليارانه لم يشاهد هذا الداء فى المولودين الامر تين وكانت صفاته فيما
 هى تيبس زائد فى العمود الفقرى وخصوصا كراز فى الفكين قال ولم اجد
 فى رمتها الا انصباب دم كثير متجدد فى السلسلة وكان ذلك الدم متصاعدا بين
 وريقى العنكبوتية ومالئاً للقناة الخاعية مبتدأ من الخناج المستطيل
 الى القسم العجزى فالاعراض التينوسية انما كانت ناشئة من هذا التزيف
 الفقرى على غلبة الظن انتهى قال اولفير ولا يشك احد الا ان فى ذلك وعندى
 حوادث واقعية تقوى رأى بليارذ كرتها فى بعض كتبى ويؤخذ منها ان التزيف
 الفقرى يحصل منه دائماً ظاهرات تينوسية قد شوهد مولود مات
 فى اليوم الرابع من ولادته بعد ان اصعب بتشجات تينوسية وكراز فى الفكين
 فوجد فى جثته خلطة دموية شاغلة لجميع سعة القناة الفقرية بين الصفايح
 الفقرية والوجه الخلقى للام الجافية انتهى ويظهر ان هذا التينوس لا يختلف
 عن ما يوجد فى الكبار البالغين ولا يختص باقليم دون آخر نعم يختلف بالقلة
 والكثرة والتينوس الوفدى فى المولودين يكثر فى جنوب بلاد النيجر وليس
 لنوع للذكورة والانوثة تأثير فى كثرة الداء كما انه يصيب اطفالا اشهرهم تامة
 وبقيتهم جيدة وفيهم عند ولادتهم علامات العضة التامة ومرضعاتهم امهاتهم
 واكثر وجوده فى فصل الشتاء ومفتيح العلامات التينوسية فيهم هى عدم
 امكان ممارسة مص الحلمة وتلك انما تكون نتيجة الصفات المقدمة للكراز الذى
 يكون اولاً متقطعاً قليل الشدة ثم يصير مستداماً شديداً ويتبعه تشنج عضلات
 العنق والظهر وغير ذلك وتكون الاقباضات التينوسية فيهم متقطعة
 وتكون اكثر شدة كلما كان المريض احدث فى السن اما فى دور متقدم عن ذلك
 فتشاهد حركة حمية معصوبة بحرارة محرقة فى الرأس والظهر وتكون الاطراف
 متجلدة والاطفال فى مدة الداء تبقى دائماً مضطجعة على جانبها بخلاف المصابين

بهذا الداء من الكبار البالغين فان الاستلقاء على الظهر هو الوضع الممكن لهم
 وشدة الظاهرات التينوسية تكون على حسب قوة الطفل المولود فقد لا يكون
 مع المولود الضعيف من الاعراض الا ~~الكزاز~~ اي التضايق التينوسية
 في الفكين وشوهد في اغلب تلك الاحوال توافق بين ظهور التينوس والفعل
 الذي تفعله الطبيعة لسقوط الحبل السري فقد شوهد سقوط الحبل في اربع
 عشرة مرة قبل ابتداء الداء وفي تسع مرات عند ظهور الداء ومرتين بعده
 واما المضاعفات التي تكون مع الداء فذكر بعض المشاهدين ان اليرقان يختلف
 الشدة كان مع ثمانية عشر منهم والقلاع مع اثنين والتهاب الاجفان الشديد مع
 اثنين ايضا وزيد على ذلك ان هذه الاحوال في هؤلاء الاطفال كانت ظاهرة
 موجودة قبل ان يظهر التينوس واما مدة الداء في هؤلاء المولودين فتكون
 غالباً من ثلاثين ساعة الى ست وثلاثين او ثمان واربعين وربما طالت الى ثلاثة
 ايام او خمسة او سبعة او تسعة بل شوهد مجاوزتها الثلاثين يوماً وفي فتح الجثة
 شوهد انصباب كثير من دم مسود سائل اوفيه بعض كثافة في القناة
 الفقرية بين الام الجافية والصفائح الفقرية وفي بعض الاحوال لم يشغل
 الانصباب جميع طول السلسلة وانما كان مقصوراً على القسم العنقي والظهري
 او القطني وكثيراً ما كانت طبقة الدم المتجدد المتساوية الكثافة في جميعها
 فاصلة الاغشية الفقرية عن جميع دائرة القناة العظمية ويوجد في الغالب احمرار
 وسموكة تختلف سعتها في الام الجافية والام الخنونة واحياناً وجد احمرار ايضا
 في الخناق الفقرى ولين او متانة في منسوجه كانه منيبس وشوهد ايضا ترشح
 دموى تحت العنكبوتية الخفية مع الانصباب الدموى الذي في السلسلة ايضا
 واحياناً وجد هذا الترشح في الاغشية الخفية وحدها
 وهذه النتائج التشريحية عظيمة الاعتبار وتؤدي ما اخترناه فاذا كان وجود
 الدم في الاغشية الفقرية يحدث على رأينا بلامسته للمخ فعلاً مهيجاً يتبعه
 تشنجات تينوسية لم يقدح في صحة رأينا كون مثل تلك النتائج تشاهد
 اذالم يرتشح هذا السائل الا في خارج الاغشية لان مثل هذا التخيير الدموى

يكون دائما نتيجة تركز قوى لادم في اوعية النخاع القري واغشيته وتلك
الظاهرة نصير سباقا بالانقباضات التيتنوسية ولظواهر اخر من ظاهرات
التهيج التي تسبق الموت ويعسر علينا ان نختار تبعا لبعض الاطباء ان يكون
لالتهاب السرة الذي يظهر قبل ظهور التيتنوس تأثير في ظهوره لان هذا
الالتهاب ظهر في احدى عشرة مرة من خمس وعشرين مدهسيرا الداء ومع ذلك
اذا كان هنالك في الحقيقة ارتباط بين هاتين الحالتين المرضيتين ارتباط السبب
بالنتيجة لزم ان يشاهد بكثرة وافرة ايضا تيتنوس المولودين لان من المشاهد
الكثير الوجود طبيعة وجود التهاب اريثيمياوى في السرة وسميا في الاطفال
ذوي الحبل السرى الغليظ

وهناك سبب قريب للعقل لتيتنوس المولودين وهو تأثير البرد وذلك لانه ثبت
بالتجربة ان برد الجسم ينبغي ان يوضع في الرتبة الاولى من اسباب هذا الداء
الثقيل ولذلك شوهد ظهوره بالاكثر مده فصل البرد الرطب وقد عرف من زمن
طويل ببلاد النمسا ان الخطط الخالية عن الكائنات يكثر فيها تيتنوس
الاطفال كثرة وافرة بخلاف القرى التي فيها كائنات فانه يكون فيها نادر ذلك
لان الاول يلتمزون السفر با ولادهم الى الكائنات ليعمدوهم وينصروهم فيها
بخلاف الثواني فان كائناتهم عندهم فلا يحتاجون الى سير طويل

فهذه هي احوال التيتنوس في المولودين اما احواله في سن متقدم عن ذلك
الى سن التمييز فشوهد متقطعا بنوب منتظمة معصوبة بانثناء في اليدين
وانبساط في الرجلين وتنتهي كل نوبة بعرق يعلن به تعب وخدر ويصحب التوبة
حمى ويكون الوجه احمر منتفخا واسبابه حيثئذ هي التأثيرات المؤلمة
والمنبهات المهيجة والانفعالات النفسانية والتعب الشديد وانقطاع التنفيس
الجلدى دفعة والتعرض للهواء البارد اذا كان الجسم عرقا ووجود ديدان
في الامعاء والتخمة والتهيجات المعدية المعوية او المعدية الخفية والآفات
الجراحية كالوخز والقطع في العضلات والاعصاب وسميا في الاجزاء الداخلة فيها
اصول عصبية كثيرة كاليدنين والرجلين واصابعهما فعمل كثرة حصوله للاطفال

من رداءة اللبن وعدم انضمام الاغذية والتسنين المولم وليس له اعراض مقدمة
غير اعراضه الدالة عليه كالتشنجات نعم اذا كان تأثير السبب ضعيفا كالسكنى
في الاماكن الباردة الرطبة كانت له علامات سابقة كخدر الاطراف والتيبسات
العضلية التي تعرض نويا منتظمة ثم تزول ثم تكسب شدة وتتقارب لبعضها
حتى تصير نوبة واحدة يقوم منها مبتدأ الداء واما التيفنوس الجراحي فقد يبدأ
بالام قوية في الجزء المجروح ثم يتناقص التقيح حتى يزول ويفتخ اللحم ويجف
ويمتد الام الموضعي على طول اعصاب اليد او الرجل الى السلسلة ويسعى
الانقباض من العضلات القريبة الى البعيدة وربما حدثت اعراض معدية
ومخية ثم تناوب ثم حركات تشنجية برهية في الفكين والعنق وعضلات
الازرداد وتوالي تلك النوب حتى يبدأ الداء واكثر ما يبدأ بالكزاز والحركات
التشنجية في العضلات المضغية والصدغية فتبسط ولا يمكن تمددهما فيلتصق
الفكان ببعضهما بحيث يعسر تباعدهما بل وربما اضطر احيانا لوسائط
مخضاتكية كنزع سن اوسنين لاجل ادخال بعض سائلات في الفم وبعض
المرضى لا يتيسر لهم ازرداد اللعاب فيسيل منهم ~~ب~~ كثيرة وربما مكث الداء
في هذه الدرجة جملة ايام ثم تمتد الصلابة الى عضلات الوجه والعنق والبدن
والاطراف حتى تصير تلك الاعضاء غير متحركة ومستقيمة او مائلة لجهة من
الجهات بحيث تقاوم الحركات التي تفعل لانقضاء الجسم ويمكن في بعض
الاحوال ان يسند المريض من قدميه ورأسه على مسطحين مثبتين بدون ان
ينشئ بدنه ولو وضع عليه شيء ثقيل وهذه الحالة تسمى بالجود ولكن يتخلل
تلك الانقباضات فترات غير منتظمة اى استرخاء عام يتبعه حالا تبس جديد
زائد الشدة ويتأني للمريض في تلك الفترات استعمال بعض مشروبات وتحرير
اطرافه بالحركات الاعتيادية بحيث يظن حصول شفاء تام ثم مع وجود هذا
الاخترام لاتزال القوى العقلية محفوظة فاذا وجد هذان كان نتيجة تضاعف
الداء بالتهاب مخي غريب عن الافة الرئيسة وكذلك النبض لا يظهر فيه قوادر
وانما يكون احيانا صلبا فان كان فيه قوادر مع حرارة في الجلد كان ذلك من التهاب

معدى معوى عارضى وبعض المرضى يسلمون من الآلام غير الناجمة من
 التيبس الذى لا يقهر لكن معظمهم يشكون بأحاسيس شاق في العضلات شبيه
 بالناصل من الاعتقال بل وربما حرض فيهم صياح مستدامة شاقا وقد يمتد
 الانقباض الى العضلات الغير الداخلة تحت سيطرة الارادة كعضلات
 الازرداد والتنفس وسيا الجباب الحاجر فن ذلك ينقص الحلق ويعسر
 الازرداد ويغطي التنفس ويقصر ويتعسر وسيا في نهاية الداء وكذلك العاصرة
 للشرح قديم التدنضات التشنجي لها فيضطر لقه مقاومة بآنايب تدخل
 حتى تجاوز حدود تأثيرها من الاعلى ويمتد هذا الانغرام الى الوجه فيصير احمر
 منتفخا واحيانا مزرقا وتظهر اعراض الاحتقان المخي الضعفي فتغور الاعين
 وتشبث في الجلاج بسبب تيبس عضلاتها وتحتقن وتدمع وتكون كهيئتها
 في الهيصمة ويحصل الموت امامة التقدمات السريعة المستدامة للداء فتبقى
 التشنجات شديدة دائمة ويضعف التنفس ولا يحس بالنفس ويظهر الاحتقان
 المخي ويزيد وتتغير تخاطيط الوجه ويغطي الجسم بعرق بارد لزج فتعدم الحياة
 حيثئذ وكان ذلك نتيجة انتهائية للأسفكسيا التابعة لعدم امكان ممارسة
 حركات التنفس واما بان تطول مدة الداء ويصير من مناس فلا بدع المريض
 في الراحة حتى يتعاطى الاغذية وانما ينزع منه التأثير العصبي او بسبب انغرام
 نخاعه الفقري فتهلك المرضى من الضعف والجوع ومنهم من يحصل له اعداد
 شديدة متعاقبة معصوبة بالآلام في السلسلة ويموت في مدة نوبة اشد واطول
 من الثوب السابقة

واما واساطع العلاج فنهما ما هو تجري ومنها ما هو خارج عن حد العقل بحيث
 يعسر ترتيبها ترتيبا معقولا ولكن حيث عرف الآن كونه في الغالب نتيجة
 اى عرض التهيج في النخاع الشوكي وان هذا التهيج تارة يكون اوليا والغالب كونه
 تابعا وتارة يكون نتيجة لكل الم وكل اضطراب قابل لان يؤثر بطريق
 الاشتراك في المراكز العصبية التي النخاع جزء منها فيلزم البحث عن سبب التشنج
 ويعالج ذلك السبب بما يستدعيه حاله والغالب ان يعالج كعلاج التهاب النخاع

مثل

مثل الاستفراغات الدموية كالعلق على طول السلسلة وتكون تلك
الاستفراغات في المولودين من السلسلة اومن التتوين الحليين فاذا كان
الاحتقان الفكري عظيما وضع علق كثير من ابتداء الداء قال اولفيرور بما كانت
قلة نجاح هذه الوساطة من عدم الجساسة على استخراج مقدار كثير من الدم
في هؤلاء الاطفال الصغار بل العلق القليل هنا مضر لا نافع لان التهيج الشديد
المسبب عن قرص العلق لا يعادل التزيف الناتج منه اى فيكون اقوى منه
فيزيد في الاحتقان السلسلى الموجود ولا يقلله فتكون المحاجم التشريطية
احسن من العلق لان الم التشريط وقتى وبتكرروضع المحاجم يمكن ان
يستخرج مقدار عظيم من الدم فى مرة واحدة وفى زمن يسير انتهى ويعان ذلك
بالاستحمامات المستطيلة المدة والمشروبات اللطيفة الفاترة الكثيرة
والمسكات بكمية متوسطة فان كان ناشئا عن احتباس التنفيس الجلى
من الهواء البارد مثلا استعملت المعرفات الخفيفة ويبدأ بالطفها كتنقوع
زهر البلسان وربه لكن بعد الاستفراغات الدموية والاستحمامات ثم يزداد
فى قوة تلك المعرفات الى اقواها كروح النوشادر وربما نجحت الاستحمامات
والمتنقوعات الباردة ثم يرجع المريض حالا الى فراش حار وتستعمل المشروبات
الحارة حينئذ لتعين على الانفعال وهذه الوسائط كلها معقولة لكن قد يخاف
منها اذا كان المريض ضعيفا او قابلا للتهيج لان الانفعال قد لا يحصل او يكون
غير تام ويكون تأثير البارد حينئذ مضر بسبب التركيز الذى يحدثه فيذهب
الفعل العضوى نحو الاحشاء فان كان الداء ناشئا عن تهيج فى القناة الهضمية
عولج بعلاجه فان كان عن ديدان عولج بمضادات الديدان وعالج التينوس
الجرى بقطع الالحة ان استدعى الحال ذلك وازالة الاجسام الغريبة وتقريب
الحوائى وقطعية الاعضاء بالوضعيات المرخية المسكنة كالمرهم الافيونى
ومطبوخ الخطمية مع الخشخاش ولا يجدد العلاج الا بعد مدد طويله مع التعرز
عن الهواء ما امكن وعن جميع المنبهات ومع الحمية والمشروبات المحللة ومراعاة
القوانين الصحية واضطرب الاطباء فى مضادات التشنج كالاقيون والمسك

والجند بادستر بلوعا وجرا ومنهم من منعها وقال انها لمضرة وسيما الافيون
لانه يحدث تنبها او تخديرا في بعض الاشخاص وذلك مضاد للنتيجة المطلوبة
واستعملت ايضا صبغة الافيون وشراب دياقورود مع الاستحمامات القلوية لكن
كل ذلك لا يخلو عن خطر لانه لا يستعمل في الالتهاب النخاعي واما المعرفات
فلا تنفع الا في ابتداء التهييج واستعملوا مع الاستحمامات القلوية جرعا قلوية ايضا
من الباطن لكن ذلك لا يكون الا مع سلامة المعدة من التهييج ومدح بعضهم
خلات المورفين توضع على الجلد بعد ازالة البشرة بمراقبة مثلا توضع على القفا
فيرش على محلها من هذا الجوهر ويراد في مقداره تدريجا حتى يبلغ ربع قعصة
للكبير ومما لا فنع فيه وان امروا به الحوض تترك لتحميض المشروبات وزيت
الترينتين والاييكا كوانا والطرطير المقيء بكمية يسيرة ومن غير النافع في كراز
الفـكـين والانتقباض التشنجي في عضلات البلعوم فهد ذلك او كسر بعض
الاسنان او استئصالها اذ يمكن ان يسقى المريض وهو مستلق على ظهره
بان يجترع السائل بواسطة مجس من صمغ مرن مفتوح من طرفيه يوضع بين
الخدوقوس الاسنان حتى يصل الى آخر الاضراس فان هناك شقا تمر منه
الاشربة بسهولة الى الفم الخلفي ويمكن ايضا ان يدخل مجس مرن من الانف الى
المريء ويحقن منه السوائل الدوائية والغذائية

الباب الحادى عشر

في امراض اعضاء الانتقال والحركة

في هذا الباب اربعة فصول

الفصل الاول

في نمو اطراف الجنين وعيوب تكونها اجمالا

يبدأ ظهور الاطراف في سن شهر او ستة اسابيع على شكل نتوات صغيرة فيها
تفرطح قليل من الجانبين ومخنية نحو البدن والطرفان العلويان اى اليدين
يظهرا قبل السفليين اى الرجلين وانما تتميز اليدين عن الساعد بعد تمام شهرين
ولا يظهر القدم والساق الا من ثلاثة اشهر الى اربعة قال بكلارا اذا ابتداء ظهور

الساعد

الساعد والساق كانا اقل في العظم من اليد والقدم وكذا اذا ابتداء ظهور الفخذ والعضد فانهما يكونان اصغر من الساق والساعد ثم ان الاطراف تتميز في الابتداء الى جزئين قمة وقاعدة وذلك التميز في العلويين يكون بعد سبعة اسابيع وفي السفليين بعد ثمانية اسابيع ثم تنسع القمة وتنقسم الى اصابع غليظة قصيرة تبقى مرتبطة ببعضها الى تمام الشهر الثالث بواسطة جوهر رخو يزول شيئاً فشيئاً من قتها الى قاعدتها والاطراف العليا لكونها تظهر قبل السفلى تبقى زمناً طويلاً طول من السفلى وانما تنساوى قرب تمام الشهر الرابع

وعيوب التكون في الاطراف كثيرة فقد تعدد بالكلية او يزيد عددها وقد يقف نموها او يحصل فيها انقسام او كسر مدة الحياة داخل الرحم وقد يفقد جزء منها معين كساق او عضد وقد توجد اطراف زائدة مندعمة في محال مختلفة من الجسم وامثلة ذلك كثيرة ذكرها هالير وغيره وقد يحصل فيها تشوهات سنسرحها مستقلة فيما يأتى وقد شخنت بهامة عظم كتب التشريح المرضى وانما تكلم هنا على تفرق الاتصال والكسر والخلع العارضة مدة كون الطفل في الرحم او التي تعرض عند الولادة وليكن ذلك في الفصل الآتى على الاثر

الفصل الثاني

في آفات في اطراف الجنين

وفيه ثلاثة مباحث

المبحث الاول

في غنغرية اطراف الجنين

يظهر ان الغنغرية نادرة تستولى على اطراف الجنين فتسبب انفصالها من البدن انفصالا تاما او غير تام بحيث يولد الطفل منفصلا منه طرف من اطرافه ويمكن ان يشاهد في رمانة الكتف اثر التحام ناتج من هذا الاتصال فقد ولد طفل في بيت الرحمة يباريس بذراع واحد وكان في سطح رمانة الكتف الثاني اثره ووجدت اسطوانة عظمية يظهر انها الجزء الآخر من العضد المقطوع مندعمة على سطح المشيمة فظن شوسبير ان هذا الطرف كان منفصلا بنوع من

السقاقلوس اى الاكلة وافترق ان الطبيب كتسون دعى سنة ١٨٢٤
 عيسوية لتوليد شابة عمرها عشرون سنة قال فوجدت الاغشية لم تزل كاملة
 فلما انشقت ولد بعد نصف ساعة طفلا ولادة طبيعية غرايت القدم اليسرى
 معدومة منه منفصلة عن الساق من تحت الـ عيين يسير وكان سطح
 محل الانفصال ملتحما ماعدا الجزء المركزى بسبب التقو والعظمى الذى فيه وكان
 الطفل حيا ولكنه مات بعد عشرين دقيقة ولما بحثت بعد الولادة فى اعضاء
 تناسل المرأة وجدت القدم فى مدخل المهبل فحذبتها حالا الى الخارج وكان محل
 الانفصال فيها ايضا ملتحما ماعدا الجزء الناقى فيه العظم وما وجدت شيئا
 يدل على حصول تزييف من الطرف المقطوع وكانت تلك القدم اصغر من القدم
 اليمنى المتقلبة الى الانسية ولم يكن فيها اثر تعفن ولما قوبلت بالقدم الاخرى ظن
 تقرينا انها منفصلة من نحو شهرين والمرأة فى مدة الحمل لم تستشعر بما يدل على
 تلك الاصابة فلم تعلم الزمن الذى حصل فيه ذلك

المبحث الثانى

فى الخلع فى اطراف الجنين

قد يحصل الخلع فى اطراف الجنين وهو فى بطن امه ومن ذلك ما شاهدته شوسبير
 فى جنين من خلع الفخذين والركبتين والقدمين وثلاثة اصابع من اليد اليسرى
 وذ كرديو يترن فى رسالة مهمة له ان خلع الفخذ من ذاته يحصل فى الجنين معا
 فى اكثر الاحوال واقل منه فى جانب واحد قال قد شاهدت عشرين حالة من
 هذا الخلع فلم اره من جانب واحد الا فى حالتين ولا يدرك فى الغالب وجود
 هذا الخلع وقت الولادة وانما يسهل تشخيصه كلما تسر للطفل الوقوف والمشي
 واخذنى كالهما قال ذبو يترن وانما يتضخ الداء بالاكثر اذا اخذ الحوض
 فى الاتساع وابتدأ الطفل فى الاعتياد على الرياضة الطويلة المتعبة فيمتد
 يتضخ منه جيدا اهتزاز الجزء العلوى من الجسم على الحوض وانحناءه الى
 الامام واعوجاج القامة وبرز البطن وتحرك طرفي القطر المستعرض
 للحوض بحركة استدارية وعدم انثناء رأس الفخذ والحركات المتبادلة لارتفاع

وانحناء

وانخفاض هذا الرأس على طول الحفرة الحرقفية الظاهرة ويحصل هذا الخلع عادة الى الاعلى والوحشية فيتحول رأس الفخذ من التجويف الحق الى الحفرة الحرقفية الظاهرة التي في العظم الحرقفي وربما كان سبب هذا الاستبدال كما قال دبويتن الوضع الاعتيادي لساق الجنين في باطن الرحم فان الفخذين في هذا الوضع تكونان منثنيتين جدا على البطن ورؤسهما يعلان دائما فعلا عنهما على الجزء الخلفي السفلي لمحفظة المفصل وذلك الفعل لا يضر الجنين الجيد التركيب وانما يضر من كانت منسوجاته قليلة المقاومة فينقاد الجزء الخلفي السفلي من محفظة المفصل لرأس الفخذ ويتركه ليرمنه فيحصل الخلع ويكفي لادراك تحول ذلك الرأس الى الاعلى والوحشية ان يتذكر ان العضلات القوية المحيطة بالمفصل العلوي للفخذين تميل دائما لان ترفع الى الاعلى رأس هذه العظام عند خروجه من الحفرة الحرقفية كما ذكر ذلك دبويتن في رسالته المؤلفة في ذلك وجعل هذا الجراح الماهر قواعد المعالجة مؤسسة على السكون والوسائط المخصوصة بتثبيت الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل ومعارضة ارتفاع رأس الفخذ للحفرة الحرقفية ويعسر جدا فعل هذه الوسائط في الاطفال الرضع ولكن يمكن اقله ان لا يجتهد في سرعة مشيهم ولا يمتزوا بقصد اعطائهم القوة على الوقوف على الساقين لان من المعلوم ان ثقل الجسم يعين اذ ذلك على رفع رأس الفخذ للحفرة الحرقفية ومن اراد زيادة عن ذلك فعليه بالرسالة المذكورة فان فيها الكفاية

قال اولغير وهناك سبب آخر للخلع الخلق في الفخذ يعلم من المشاهدات والصور المرسومة التي ذكرها كروفليبر لهذا العيب الخلق في كتابه في التشريح المرضي فانها تدل كما ظن ذلك دبويتن ايضا على ان هذا التشوه كان انقلاب القدم نائبي من الوضع الخاص لاطراف الجنين في الرحم قال ولقد كلفني مجمع ديوان الاطباء ان ابحث في جنين مشوه ولد في سبعة اشهر فرأيت فيه سببا خاصا للخلع الخلق في الفخذين وذلك ان العجز كان غير موجود وانما كان محله من الحوض متما من كل جانب بالتصاق العضلات الالامية ببعضها بحيث تكون من انضمامها

يعضها شبه عسوط مستطيل عمودي تحت الثنوبات الشوكية القطبية
فتلك العضلات باندغامها من الخلف في محل بعيد جذبت الفخذين الى الخلف
والاعلى بحيث صار رأسها اعلى ووحشى الحفر الحقية التي كانت جيدة
التسكون وتلك الحالة ترد رأى كثير من المؤلفين الذين يرون ان الخلج
المذكور قد يكون نتيجة ضيق التجاويف الحقية او غورها الغير الكافي لقبول
رأس الفخذين لان هاتين الحفرتين هنا كاتما واسعتين عميقتين بحيث كان
يسهل دخول هذين العظمين فيهما وسوى ذلك ان عيب التكون الذى نتج
عنه جذب رأس الفخذين الى خارج التجاويف الحقية انما حصل فى الاشهر
الاول من الحياة داخل الرحم فتخرج من هذه المشاهدة التى لا اعرف لها نظيرا
ان التجاويف المفصلية فى الجنين لا يزول اثرها وان لم تحتو على اطراف
العظام المعدة هى لقبولها وربما استخرج ايضا من هذه المشاهدة نتيجة اخرى
وهى ان التجاويف المفصلية فى الادوار المختلفة لنمو المجموع العظمى تكون
بدون ان تحتاج لقالب تأخذه من الاسطحة التى يلزم ان تلامسها لان من
الواضح ان الوضع الغير الاعتيادى للفخذين فى هذا الجنين حصل فى الازمنة
الاول من الحياة الجنينية ومع ذلك كانت الحفر الحقية متكونة بشكلها
واقطارها اللازمة لان تنطبق بها بالضبط على رأس كل فخذ فهذا الامر
الواقعى الغريب يحقق لنا القاعدة الكلية التى ذكرها بكلار وهى ان شكل
العظام يكون فى الاحوال الاعتيادية المنتظمة كشكل الاعضاء الاخرى حاصل
فى الابتداء من شكل الاصول الخلوية الوعائية التى يتكون منها لهاجمة التغذية
اي جوهرها الخاص

المبحث الثالث

فى تفرق الاتصال والكسر الخلقي فى الجنين

قد يحصل ايضا للجنين تفرق اتصال فى العظام سواء كان ذلك من وقوف النمو
او من سبب من اسباب الكسر الشبيه بذلك فى الكبار قال بليار قد اجتنبت
مشاهدة تثبت امكان تفرق الاتصال بسبب وقوف النمو وهى ان طفلا عمره

شهران مات في بيت اللقطة بالتهاب رئوي حاد فلما بحثته في جنته رأيت الفخذ
 متحركة من جزمها المتوسط بحيث كان فيه شبه مفصل كاذب وبالبحث
 في هذا الجزء ظهر ان هناك تفرق اتصال في الجوهر العظمي من وسط الفخذ
 سعته اربعة خطوط وتلك المسافة مملوءة بجوهر غضروفي سميك طرفاه
 ملامسان لطرفي العظم كلامسة التناوب حال غضروفيها الاضام الناتئة هي
 عليها ولم تكن هذه الفخذ اطول من فخذ الجانب الاخر فلم تكن المسافة التي ذكرناها
 مكونة من جوهر راسب بين قطعتي العظم وانما هي من الاصل الغضروفي لذلك
 العظم ولم يحصل تعظمه لامر ما غير اعتيادي ويجوز ان يكون من هذا القبيل
 اى من وقوف التوماذ كروه من مشاهدة كسور متضاعفة كثيرة في الطفل
 الواحد وذكروا سيرا امثلة من ذلك فيظهر ان اتصال الالياف العظمية فيها
 انقطع من وقوف النمو ولذلك يشاهد في محاذاة ذلك متوسطات غضروفية
 دخلت فيما بينها وخشنت اسطحها المتلاقية حتى انضمت معها كالاسطح
 المتقابلة من العظم الودى والجزء القاعدى من القاعدوة في الصغار
 ثم ما عدا هذا النوع الخاص من تفرق الاتصال قد يحصل في الجنين مدة
 اقامته في الرحم كسور حقيقية بل ربما وجد في تلك الكسور احيانا وقت
 الولادة ابتداء التيبس والاتحام وقد اعرض الطبيب دوفيرجى لديوان اطباء
 سنة ١٨٢٥ عيسوية مشاهدة امرأة كانت حاملا في ستة اشهر فالتطم
 بطم الطمة قوية في زاوية طاولة عند سقوطها من كرسي مرتفع فحصل لها الم
 قوى جدا ودام معها زمنا ما ولم تقدر على تسكينه ثم اخذ بنفسه في التناقص
 حتى زال ولما تمت الاشهر الاعتيادية للحمل وضعت ولدا قوى البنية ولكن معه
 ورم كبير الحجم في القسم الترقوى الايسر ومات في اليوم الثامن ولما بحث
 في جنته وجد كسيرا في الترقوة ترا كبت قطعتاه على بعضهما قليلا واتصلتا
 بواسطة اندمال متين كبير الحجم هو الذى تكون منه الورم الذى ذكرناه فيقرب
 للعقل من هذه المشاهدة ان الصدمة الشديدة التي حصلت على بطن الام قبل
 الولادة بشهرين او ثلاثة هي السبب لا كسر التيبس الذى وجد في ترقوة

جنينها ونظير ذلك ايضا ما وقع لشابة جيدة البنية عمرها خمس وعشرون سنة
وكانت حاملا في ستة اشهر فعرض لها سقطة على بطنها فاستشعرت حالاً تبصر كـ
الطفل حركة قوية غير ان هذه الحركات لم تلبث قليلا حتى سكنت واقطعت
فلما كملت مدة حملها ولدت بدون عارض ولدا نحيفا ضعيفا جدا وعلامات الحياة
فيه قليلة ومعه في ساقه اليمنى جرح مستعرض طوله تسعة خطوط وحافته
معبرة مسترخية ويمتد من احد الكعبيين الى الآخر وكان مصيبا للجلد
والعضلات التي تحته ومصحوبا بكسر في القصبة التي انفصل جسمها بالكلية
عن التئور البارز الغضروف السفلي وخرج من الجرح باتجاهه الى الوحشية
فقد سقط سمحاه وصار ردى المنظر فاجتهد في رجوعه فلم يقد فاضطر لتركه لان
حواف الجرح اصبحت بسفاقلوس واخذ موت العظم في التقدم وامتد الداء
بسرعة ومات الطفل في اليوم الثالث واستنتج من ذلك ان الجنين قد يصاب
مدة اقامته في الرحم بآفات تصير بعد الولادة مهلكة وكثيرا ما يشاهد الكسر
في الاطراف مدة الولادة او بعدها ويعرف بنفس العلامات التي يعرف بها
في الكبار البالغين ويعالج بنفس الوسائط التي تعين على التعامه

الفصل الثالث

في آفات المفاصل

آفات المفاصل لا تختلف غالبا عن ما في الكبار وقد شوهد الالتهاب المفصلي
الحاد في المولودين فلندكره اولا ثم تتبعه ببيان مختصر في تشخيص انواع
الالتهاب المفصلي في هذا الفصل مجتانا

المبحث الاول

في الالتهاب المفصلي الحاد في المولودين

قال اوافير من المعلوم ان البحث التشريحي في جنث المولودين بعد الموت يحقق
ما قاله قدماء الفلاسفة من ان البنية البشرية قابلة من ابتداء تكونها
وهي في رحم الامهات للاصابة بالآفات التي سلطها الله على النوع البشري
والامثلة لذلك لم تزل تتكاثر وتنتسج كل يوم ومنها يعلم ان امراض الاطفال

تكدان لا تختلف عن امراض غيرهم في النوع ولا في الصفات ومن امثلة ذلك
الالتهاب المفصلي في الاطفال والمؤلفون الى وقتنا هذا لم يتكلموا عليه واول
من ذكره الا ن هو الطبيب تيلار لا تيرس في رسالته البحثية في الالتهاب
المفصلي الحاد التي قدمها بمدرسة الطب بباريس سنة ١٨٣٣ ويمكن ان
جهل ذلك الى الان انما نشأ كما قال هذا الطبيب من اهمال الاطباء غالباً
البحث في المفصل من حيث الاطفال والذي لشدته للبحث فيها كما قال انما هو
وجدانه خراجاً صغيراً في الرئة فالتزم ان يبحث هل يوجد في الاطفال المولودين
مواقفة في الظاهرات المرضية مثل ما يشاهد غالباً في البكار البالغين فوقف
هذا الطبيب من ذلك على ثلاثة امثلة التزمنا ان نذكرها هنا باختصار

المشاهدة الاولى * طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى يوم العشرين من
اوت سنة ١٨٣٢ عيسوية فكان لسانه احمر الخوافي وكان معه اسهال مواد
مخضرة وفي السابع والعشرين ظهر في فمه موجيت وتقرح في قيد اللسان
ومات في التاسع والعشرين فوجد فيه تجمعات صديدية واندفاعات دخنية
تحت البلورا يحيط بها هالات بنفسجية وتنشر متفرقة على سطح الرتين
ووجد كل من المفصل الحرقية الفموية والمفصل الفموي القصبي الايمن
محتوي على مادة زلالية صديدية محمرة والغشاء الزلالي احمر ولون الغضاريف
اصفر كدرا والمفصل الكتفي العضوي الايمن محتوي على سائل مصل صديدي
والايسر على صديد خالص ووجد تجمع صديدي بين العضلات ذات الرأسين
والغراية العضدية والذالية وكان القيح النافذ من هذه البوابة احمر غليظاً
ووجد خراج متكيس قرب رسغ اليد اليسرى ولم يوجد في المخ ولا في متعلقاته
ما هو عظيم الاهتمام ووجدت المثانة ممتدة جداً بالبول * والمشاهدة الثانية
طفل عمره اربعة ايام ومعه تيس في المنسوج الخلاوي الذي في الاطراف
والقسم الظهري ثم عرض له اسهال وتغير في تخاطيط الوجه ومات بعد بعض
ايام فوجد كل من المفصل الحرقني الفموي القصبي الايمن والفموي القصبيين
والقصبي النسعي الايسر والزندي الرسغي الايسر مملوءاً بالصديد والغضاريف

صفراء ومخنة بدون تغير في منسوجها ووجد في جلد الوجه الظهري للمفصل
الزندي الرسغي صفحة حمراء ولم توجد خراجات في العضلات ولا في الرئتين
وانما كانت حافتها الخلفية مجلسا لارتشاح صديدي وبقية الاعضاء سليمة
* والمشاهدة الثالثة طفل تومي مذكور عمره ستة ايام حمل للمارستان
في السادس عشر من سبتمبر سنة ١٨٣٢ وكان لسانه احمر الحوافي
مع بروز في الحلمات ومعه اسهال اخضر ونيدي في المنسوج الخاوي من الظهر
ثم حسنت حالة الطفل بحيث اعطى في الثامن عشر للمرضعات المتقاعدات
وفي السابع والعشرين من الشهر دخل المارستان ثانيا ومعه احمر شديد
في الغشاء المخاطي القمي المبذور فيه صفحات من الموجيت ورجع له الاسهال
الاخضر وظهريه الهبوط والتحول واخذت تلك الاعراض في الازدياد
حتى مات في السابع عشر من اكتوبر فوجد معه بعد الموت نحافة زائدة
وخشكر يشة في العجز مع تعرية للعظم وقرحة مستديرة في الجزء الوحشي
من المرفق الايسر عقمها متصل بالمفصل ولون الغضاريف مصفرا والتنو
الغضروف السفلي للفخذ منضما من العظم ووجدت بورة صديدية تحت الكتف
والعضلة الكبيرة الظهرية وفساد تام للعضلة المسننة الكبيرة والعضلة تحت
الكتف ولم يوجد في الاوددة اثر للالتهاب ووجد المفصل الفخذي القضي الايسر
محتويا على صديد والغضاريف سليمة والمفصل الحرقفي الفخذي الايمن يصل
بواسطة قناة ناصورية الى التجمع الصيدي الموجود في الحفرة الحرقفية اليمنى
ووجدت العضلات الحرقفية وابسواس تالفة بالكلية والمخ وتوابعه في حالة
سليمة وفي الجزء الخلفي من الرئتين ارتشاح صديدي والتيموس تحول الى جيب
ملوء صديدا ومعه موجيت في الفم والمريء واين جزئي في المعدة وسهولة تمزق
في الغشاء المخاطي الذي في الجزء العلوي من المعى الدقيق وانتفاخ في صفحات
بيرو وتعدد في المثانة بسبب وجود مقدار عظيم من البول فيها
فهذه المشاهدات الثلاث مشابهة لبعضها لان في كل منها مفاصل ذوات
بورات صديدية واغلبها هو اكبر مفاصل الجسم والغضاريف في جميعها متحدة

في المنظر مصفوفة كحالة الغشاء السينوفيا إلى أي الزلالى ويعسر ان يختار
 في واحدة منها ان التجمعات الصديدية المفصلية كانت نتيجة العمل
 الشاق اللازم للولادة الشاقة او الحذبات الشديدة او الحركات القهرية التي
 تفعل في الطفل لان مثل تلك الاسباب لا تؤثر في جملة محال هكذا في آن واحد
 وانما يعرف من المشاهدة الاولى ان التغيرات المذكورة انما كانت بالاكثر نتيجة
 امتصاص صديدى ولا بأس بتسميتها التهابات مفصلية انتقالية اما الحالة
 الثانية فلم يكن فيها اثر لالتهاب وريدى ولا لخراجات في الرئة ولا في العضلات
 وانما وجد فيها احمرار حول رسغ اليد المريضة وتلك حالة قد تعين على ظن انه
 كان معه في حياته احتقان التهابى كما لافات الروما ترمية المفصلية فاذا لم يشاهد
 ذلك قبل الموت بزمن ما فذلك لما جرت به العادة من اهمال كشف الاطفال
 والتأمل فيهم عند عيادتهم فيبقى معظمهم ملتفا بنبيا به اذ لم يكن هناك سبب
 يستدعى البحث في الصدر والبطن والمشاهدة الثالثة فيها شبه بالاولى وكان فيها
 تقطيع بدون التهاب وريدى والتهاب مفصلى انتقالى وانما اتفخت في المشاهدة
 الثانية آثار الالتهاب المفصلى وسبب التغيرات الموجود في الرمة فنتج من ذلك
 ان هذا الالتهاب الذى يكون في الكبار البالغين مؤلما يظهر انه لا يسبب
 في الاطفال المولودين الماشديدا لانه لم يشاهد فيهم اضطراب ولا صياح اذا
 طبعت فيهم حركات او نغموها غير اننا نقول ينبغي تحصيل جملة مشاهدات حتى
 يحقق منها ما ذكر

ثم ذكر اول فير مشاهدة مهمة اجتنهاها الطبيب واليس سنة ١٨٣٥
 فيها انفصال كثير من التتواتر الغضروفية المنسوبة للعظام الطويلة وتولدات
 عظمية جديدة وانما تركا ذكرها هنا خوف الاطالة واستنتج منها حسما قاله
 واليس ان خراجات الاطراف والحوض قد تنشأ فيهم من تغير العظام وتسبب
 عن الداء الزهرى واما التولدات العظمية المذكورة في تلك المشاهدة فيعتبرها
 نظير ما سماه لوبستين بذلك في الداءات الزهرية وتلك التولدات سريعة التكون
 ولذلك ذكر ايضا انه رأى في حالة سيفاليا توم انه ارتفع في نحو يومين حوية

عظمية علوها خط ونصف

المبحث الثاني

في الالتهاب المفصلي في سن اعلى من ذلك

الالتهابات المفصلية في الاطفال وان كانت نادرة بانواعها اعنى سواء كانت
قرسية او روماتزمية او جرحية الا انها قد توجد فيهم وكثيرا ما تنسب تلك
الآفات ببعضها ولذلك التزمنا لكمال التشخيص ان نوضح بالاختصار
اوصافها فنقول هذه الالتهابات تحصل في الاطفال من المبادرة بمشيهم قبل اوان
المشي او من سرعة مشيهم وسقوطهم على مفاصلهم لوتحمل تلك المفاصل ثقل
اجسامهم فيحصل لهم من ذلك ما يحصل للكبار ويتعبون منه تعباً عظيماً وربما
عرضت لهم استسقاءات في اغشية المفاصل وآفات اخرى مفصلية من اسباب
خارجية كالحركات العنيفة من الخراج وزيادة تمدد المفاصل والخلع والجروح
المفصلية وجميع ما يقطع العرق في الاقدام او غيرها من اجزاء الجسم وارتداد
آفات جلدية الى الباطن كالقوبا والحمرة اى غيبوبتها فجأة والبرد الرطب
والمهبجات المستطيلة المدة في الغشاء المخاطي المعدى المعوى والتغذية الكثيرة
وسبب الدسمة وهذه الاسباب منها ما يحدث الالتهابات المفصلية من غير تمييز
بين سن وذكورة وانوثة ومزاج وكيفية معيشة وغير ذلك ومنها ما يلزم
لاحدائه الداء بعض شروط مهينة كالمزاج الدموى والامتلاء والسمن وقابلية
التهيج في الجلد والمجموع اللينى المفصلى او نقول بوجه آخر ان الالتهابات
المفصلية منها ما يصدر من اسباب خارجية لا غير ومنها ما يحتاج للاستعانة
باسباب باطنية فلا يحصل الامن تأثير النوعين معا ومنها ما ينشأ من تأثير
الاسباب الباطنة فقط فالاولى يقوم منها الالتهاب المفصلى الجرحى والثانية
الروماتزمية المفصلى والثالثة النقرسى فيكون لكل من تلك الآفات الثلاثة
اسباب مخصوصة واختلاف اسبابها يدل على اختلاف طبيعتها والاعراض
العامة لتلك الآفات الثلاث او الاشكال الثلاثة المنسوبة لمرض واحد
على ما يراه بعض المؤلفين هي انه اذا كان الالتهاب المفصلى حاداً مهمة كان سببه

كانت

كانت اعراضه الم وانتفاخ وحرارة في المفصل المريض واحيانا لون وردى في الجلد المغطى له وتعسر او تعذر في حركة العضو واعراض تنسب لآفات القناة الهضمية والقلب والمخ فينشأ من ذلك فقد شبه وعطش وعثيان وفي وتواتر نبض وزيادة حرارة في الجلد واحتقان في الوجه والاعين وصداع وهذيان فاذا كان الالتهاب المفصلي مزمنًا كانت العلامات العامة للآفات الثلاثة هي الالم وتعب الحركة ولا يتعرض اذ ذاك اعراض من الاعضاء البعيدة ولا حرارة ولا انتفاخ موضعي او اذا وجد هذان كانا خفيفين جدا فهذه الاشياء كلها ربما اخذ منها ان هذه الآفات الثلاثة منسوبة لآفة واحدة كما فهم ذلك بعضهم مع انها متخالفة والفرق التي تفصلها عن بعضها عديدة

تشخيص الالتهابات المفصلية * المفصلي الجرحى يكون دائما مقصورا على المفصل الذي اثر عليه السبب والروماتزمى يشغل غالباً جملة مفاصل في آن واحد والنقرسى يشبه مع الروماتزمى بالنظر لهذا الاخير والمفصلي الجرحى لا يترك المفصل الذي ظهر فيه ويستولى على آخر بخلاف الروماتزمى والنقرسى فانهما يغيران محلها بسهولة عظيمة والمفصلي الجرحى يكون دائما واما الروماتزمى فيكون في الغالب متقطعا واذ الم يمكن كذلك لم يكن له السير المنتظم الذي للجرحى وانما يتقطع ثم يظهر وينقص ثم يزيد وهكذا مررت كثيرة في سير الداء والنقرسى يأتي نوبا وكل نوبة تدوم غالبا ست ساعات او ثمانية وتسعد قليلا في المساء وبعد جله نوب يتقطع الداء ثم يظهر بعد بعض ايام تالعا السير الذي سلكه في النوبة الاولى والجرحى يقع في الغالب مع الانتظام سير التزايد والوقوف والانهطاط العامة لمعظم الالتهابات والروماتزمى يقع غالبا في ابدائه سير اسريعا بحيث يصل لاعلى شدته في زمن يسير وشفائه كثيرا ما يكون فائيا ايضا كظهوره ونوب النقرسى تأخذ في زيادة الشدة والاوى هي الاقوى والاخيرة هي الاضعف والجرحى ليس له ميل للرجوع والعود ورجوعه يحتاج لعرض جديد بخلاف الروماتزمى فله ميل دائما للظهور ثانية لان بعض اصوله موجود في البنية ومع ذلك يلزم تجديد تأثير السبب حتى يعود الداء

والنقرسى يحصل غالباً بدون سبب محدث له فتغاير تلك الاحوال يبيننا تغاير تلك الآفات مع ان هذه الصفات الفارقة بينها لم يستفد منها طبيعتها بخلاف الصفات المشتركة بينها فانه ربما استفيد منها ذلك ولذا يصح ان لا يهتم بكون الالتهاب المفصلى مقصوراً على مفصل واحد او شاغلاً لجملة مفاصل وثابتاً او متقللاً ومستداماً او متقطعاً ومتنظماً او غير منتظم في السبر ونحو ذلك وانما يكفي في جميع الاحوال والاشكال ان يظهر بالمشاهدة والتأنيخ وحرارة واحمرار اذا كان حاداً فمن ذلك يستنتج ان طبيعة الانواع الثلاثة متحدة وانها النهائية والتشريحية المرضية هنالك تقع جليل في ايضاح المقام ووا اسفاه حيث لم يتضح لئلا يسهل الى الآن الامعارف غير أكيدة ومع ذلك فالقلب الى التغاير اميل بل ربما كان غير مشكوك فيه وان الجرحى يقوم من التهاب خالص بسيط في المنسوج اللينى والمصلى المعينين على تكون المفصل ومن المعلوم ان هذا الالتهاب يبقى موضعياً كسببه وثابتاً مستداماً منتظماً وضيقاً بل للعود وانه يوجد في الروماتزمى ما عدا الالتهاب المفصلى تغير في الدم الذى يتعلق به جزء من هذا الالتهاب وبهذا الفرض يتضح جيداً لا شئ يكون ظهور هذا المداة مسبباً فامدة ما بالسقوط والهبوط وباحتقانات اعضاء مختلفة وبسدر ودار وصدا وطنين في الاذن وورعاف وحرارة في الحلق وخفقان وعسر تنفس ونزيف بواسيرى ونحو ذلك ولا شئ يكون الدم الخارج بالقصد غليظاً على الدوام ويتضح به ايضا كثرة تقبل المداة وزواله الوقتى من مفصل وظهوره الفجائى في آخر وتوزعه في جملة مفاصل وسهولة تسلطه على منسوج القلب وعدم انتظامه ومدته التى هي في الغالب اطول من مدة النوع السابق وان في النقرسى حصل في تركيب المنسوجات المفصلية من زمن طويل تنوع عندما اصبحت بالالتهاب صارت به اكثر استيقاظاً وتمعنة بزيادة حيوية اكثر مما في الحالة الاعتيادية عند اشخاص اخر واكثر قابلية للتهدج مما تستدعيها طبيعة وظائفها وما عدا ذلك يكون الدم مقبلاً تحملاً لزيادة المواد مغذية وربما اخذ ذلك مما هو معلوم من ان هذا النقرسى يشاهد بالاكثر في الاغنياء

لا فراطهم

لا فراطهم في استعمال الاغذية الجيدة المولدة كثيرا للدم المتجمل لمواد كثيرة مغذية تنجي جميع منسوجاتهم فتعطي لمفاصلهم درجة عظيمة من الحساسية لا توافق مع الوظائف المضعفة التي تتم حول المفاصل ويوضح ايضا بذلك السبب زيادة العسر في ازالة الاستعداد للنقرسى متى حصل وميل نشبانه الى العود ويعلم به ايضا لاي شئ نصير الرياضة لازمة للمنقرسين لما انها يتفق بها افراط زيادة المواد المغذية وتكون البطالة مضرة لهم ويؤخذ منه السبب الطبيعى ايضا لوجود الحمض البولى في المواد المتجددة التي توجد حول المفاصل لان العنصر البولى من الجواهر الاقوى حيوانية في البنية وبالجملة جميع ما هو مهم في شرح النقرسى يتضح من هذا الفرض الذى فرضناه وينكشف به ايضا تمييز الانواع الثلاثة التى تظهر لغير المتأمل متحدة

ومن حيث ان الصفة الالتهابية عامة للانواع الثلاثة من الالتهاب المفصلى يلزم من ذلك ان المعالجة المضادة للالتهاب تناسب في جميعها غير ان مناسبة ذلك العلاج ليست في جميعها بدرجة متساوية وانما هو الواسطة الاصلية الوحيدة لشفاء النوع الاول ويحتاج غالبا لان يكون شديد الفاعلية لاجل الشانى ويعين عليه لاجل شفاء الثالث ادوية اخرى منفعتها اعظم منه بحيث لا يكون الاثانويا تابعيا ويكابد ذلك العلاج المضاد للالتهاب تنوعات في كل من الثلاثة سواء في اختيار الوسائط او في وضعها فالجرحى اذا كان موضعيا كسببه يكفى لشفائه غالبا معالجة موضعية كالعلق والوضيعات المرخية او المحللة فاذا لم ينقدلها مع كونها استعملت استعمالا مناسبا جاز ان يظن وجود سبب عام ملازم للشخص يعارض الشفاء فاذا كان الالتهاب ماعدا ذلك مستداما ثابتا لم يدرى ان يخاف من تسلطه على عضو باطن ان يجتهد في ابطال عوارضه من الابتداء مهما كانت شدته بالوضيعات الرادعة فاذا لم يمكن له ميل للعود لم يحتج للاحتراسات الصحية للتحرز من ذلك واما الروماتزمى فترتبط كما قلنا في معظم الاحوال بتغير في الدم وبسبب ذلك يشغل في العادة جملة مفاصل في آن واحد ويكون غالبا منقطعاً منتقلا سهل الانتقال

والعود فاذا كان تغير هذا الدم حقيقيا لزم ان لا تصكفي في الغالب المعالجة
الموضعية وانما تسال من الوسائط العامة نتائج اسرع وواضح من الموضعية
ومن حيث ان طبيعة تغير الدم غير جيدة المعرفة ينبغي ان تكون هذه الوسائط
في الغالب تجريبية اى ان لا تكون لها نسبة واضحة بالنتائج التي توصل اليها
فالتجربة تؤكد جميع هذه القواعد المأخوذة من البيان العلمى ولذلك استفدنا
منها ان الوضعيات غير نافعة بل مضرّة في الروماتزمى وان العلقى هو الواسطة
الوحيدة التي فيها النفع ولكن الغالب كون منفعة ثانوية ومحدودة وان الانقصاد
العامة والمعرفات والمخدرات والتدبير الغذائى اللطيف هي الاساس القوى
للعلاج وان الروماتزمى كثيرا ما يشفى بوسائط لا يمكننا توضيح كيفية تأثيرها
كالمقينات مثلا بكمية كبيرة وكثرة تقطع هذا الداء وانتقاله يخاف منها تحوله
للأعضاء المهمة وتوصلنا من نفسها لان تمنع علاجه بالوضعيات القابضة
او الرادعة فقد ثبت بالتجربة خطر هذه الادوية في معظم الاحوال ولا تتفع
الا في بعض احوال قليلة جدا كأنها مستنناة من القاعدة العامة وسهولة
عوده يؤخذ منها لزوم التحرز من رجوعه بالاحتراسات الصحية والتجربة تؤكد
ذلك كل يوم

واذا كان حقان تركيب المنسوجات المفصلية كادت من مدة طويلة تنوعات
عجيبة حتى اصبحت بالالتهاب وان هذا التنوع يقوم من كون هذه المنسوجات
صارت اقوى حيوانية مما في الحالة الاعتيادية وانها ممتعة بحيوية قوية وقابلية
عظيمة للتهدج غير مناسبة للوظائف الضعيفة التي تتم حول المفصل لزم ان نستنتج
من ذلك ان الغاية الرئيسة للعلاج هي ارجاع المنسوجات لبنيتها الاعتيادية
فلذلك يكون العلاج الموضعي هو المخصوص بمقاومة بعض الاعراض غير انه
ضعيف الفعل بالنظر لمقاومة الداء ونجرب على هذا الرأي في انواع الادوية التي
اوضوا بها عموما لمقاومته فانا نعلم انه لزم تولده ثانيا في جميع الحياة بالسبب
الذي حصل به اولا ونوضح عدم قابليته للعلاج حسبا زعموا ونستخرج من
ذلك نتيجة عملية وهي مراعاة التدبير الغذائى القاسى فقط المسبب طيل مدة

طويلة

طويلة حتى يؤثر تأثيرا واضحا في تغذية جميع الاعضاء وتركيب الدم وبذلك
يرجى شفاء النقرسى لكن اذا استديم على ذلك استدامة مناسبة ولم يكن الداء
قد يما وطبيعة هذا التدبير تؤخذ من طبيعة الداء فيلزم ان تكون الاغذية
اقل تنبها وتغذية ما امكن وقد ثبت بالتجربيات منفعة هذا التدبير

وتختلف ايضا تلك الانواع الثلاثة في المجلس والاسباب فالنقرسى محله
في الاربطة والسحاق والغشاء الزلالى فيقوم من احتقان وسحكة وانصباب
مواد في باطن المفصل وهو يندر في الاطفال كما يندر في النساء قبل سن اليأس
لان سيلان الطمث فيهن كل شهر يخلصهن من افراط التغذية الدموية ومعظم
اسبابه هو ذلك كما علمت والاطفال مثلهن في ذلك فان التغذية وان كانت كثيرة
فيم الانها تتعادل مع نمو جميع اعضائهم فادام هذا النمو فيهم غير منته لم يبق
تأثير لكثرة المواد المغذية فلا يحصل منها رسوب نحو المفاصل ولذلك يحفظون
غالبا منه ولا يصاب به الا من وقف فيه النمو فاصابته للذكور البالغين اكثر من
اصابته للاطفال والمؤلفون اتفقوا على ذلك وهو دليل على صحة البيان العلمى
الذى ذكرناه وهو ان سببه الرئيس هو افراط المواد المغذية في الدم فلا يصاب به
الا من وقف نموه لان المواد المغذية تبقى بعينها في الجسم عوضا عن ما تحلل منه
ولا يزيد منها شئ فاذا افراطت التغذية تولد منها الداء ولذا كان اكثر من يصاب
به من هو كثير الاكل وعدم الرياضة يعين عليه كافراط الاشغال العقلية
والروما تسمى هو التهاب المجموع الليقى الزلالى الذى في المفاصل مع تغير
في الدم بحيث يصير اكثر تهيجا منه في الحالة الاعتيادية فمجلسه هو مجلس
النقرسى وتقل اصابته للاطفال ويصيب الذكور اكثر من الاناث وليس عندنا
ادلة قوية تثبت انتقاله بالوراثة من الاصول للفروع وانما هناك بعض امثلة
تشهد بذلك وربما حدث من زوال آفة جلدية او قطع نزيل اعتيادى او ضربة
او سقطه مع استعداد في الشخص له واقوى اسبابه البرد الرطب وربما ظهر
على رأى بعضهم من طول استعمال الادوية الزبيقية واما الجرحى فيحصل
دائما من فعل عنيف خارجى وقتى يصيب المنسوجات المفصلية فهو داء عارضى

يكون في الغالب حادا وظاهراته تقبل الانتهاآت الثقيلة وينبغي عده
من المضاعفات الكثيرة الخطر لجروح المفاصل وللعمليات التي تعمل بقربها
واما امراض كل نوع من تلك الانواع فالنقرسى قد يسبقه تكدر في الهضم
ولذا زعم سيدنا م ان المعدة هي التي تصاب بالالتهاب بالذات وبعضهم يرى انها
تصاب بالضعف وبعضهم يرى ان الداء كثر في الصفراء او كثر دم في مجموع الوريد
الباب او انه تابع لآفة في وظائف الكبد وزعم بروسية ان معظمه يحصل من
التهاب مزمن في المعدة ولكن المشاهدات لاتساعد شيئا من ذلك فان المعدة
عند المنقرسين تكون قوية سليمة ثم يظهر الم شديد متنوع في ايهام الرجل واحيانا
في العقب او في المفصل القضي النسي واحيانا في رسغ اليد او في الركبة
مع اتفاخ واحمرار في المفصل وتتبعه نوبة حى ويستند ذلك في المساء والليل
وربما مكث اربعا وعشرين ساعة ثم تأخذ النوبة في الخفة كل يوم حتى تزول
غالب بعد اربعة ايام او خمسة وبذلك تنتهى النوبة الاولى ثم يبتدى النوبة الثانية
في المفصل نفسه او في الرجل الاخرى او في مفصل آخر ثم نوبة ثالثة واحيانا رابعة
ثم تعود العمة ويقوم من تلك النوب والفترات التي بينها ما يسمى بنسبة النقرس
ومدتها في الغالب خمسة عشر يوما وقد يحصل في السير تنوع غير ذلك وبعد
نوب النقرس يخلص المفصل من الاحتقان الان الحركية تبقى فيه بطيئة ويبقى
فيه بعض تجمن يمكث زمنا ما بعد الرجوع للعمة ولكن مع طول الزمن قد
تظهر تغيرات في المفاصل المريضة وفيما حولها فقد تبقى مرثعة او اذيمانية وقد
تبقى العضلات التي حول المفاصل في حالة انقباض دائم مؤلم او احتقان جزئى
او تبقى تعقدات تكون اولينة قابله للتالم ثم تفقد حساسيتها كلما زاد قوامها
ويكون منها في سمك الاربطة والاورار اوعلى سطحها وحول المفصل شبه
سحجة من اورام صغيرة تتعب الحركات او تمنعها بالكلية وسمى ذلك بالنقرس
العقدي وقد تلتصق الاسطحة المفصليية بسبب التهاب الغشاء الزلالى والتصاقه
بما جاوره وقد يتجمع حول المفصل او في باطنه سائل هلامي ومن ذلك السائل
تولد النجدات اليابسة التي قد تفرق على هيئة نقط فيحاط المفصل بمحسوب

صغيرة ملحبة تخرج احيانا من الجلد وقد يتجمع السائل في محل واحد وكل نوبة
 تترك حول المفصل مقداراً من هذه المادة يمتص سائلها في الفترة ويبقى في الورم
 جوهر رخو طغلي يأخذ قوامه في الزيادة تدريجاً ثم يصير صلباً سهل الكسر
 ويتكون منه نواة يرسب حولها في كل نوبة مقدار جديد من سائل يمتص
 كالاول ويترك بعده مقداراً من مادة ملحبة فتتفتح من ذلك التجددات الكبيرة
 الحجم التي قد ينتهي حالها بان تحفظ فيها حالة تهيج مستدام قد يشتد فيتراكم
 السائل بمقدار وافر يتورم منه الجلد بحيث يخشى غرقه وخروج السائل منه
 لرقته ثم يحاط الورم بهالة حمراء لعلية ويصير الالم غير مطاق وينفخ الجلد ويخرج
 منه مصل كثير واما الجوهر المتجدد في المفصل فيبقى في عمق الجراح وبعد زمن ما
 يجذب هذا الجوهر مع الصديد المتكون في القرحة وقد تستولي الغنغرينا
 على هذه القروح التي التحامها بطيء وعسر جداً والظواهر المرضية
 للروماتزمي كظواهر النقرسى وانما الفرق بينهما في الحالة العامة للشخص
 وظهوره فجائي في الغالب بدون سبب معلوم ويسهل تنقله ويشترك في جملة
 مفاصل ولا يعلن به علامات سابقة فينبوعه ليس خارجاً عن الشخص نهايته انه
 قد يسبقه تكدس في المزاج واحتقانات في بعض الاعضاء وسدر ودار وطنين
 في الاذن وحرارة في الحلق ورعاف وزيف وبواسيرى وخفقان ونحو ذلك من
 اعراض الامتلاء المفرط المعلن باحتواء الدم على مادة ليفية كثيرة يمكن ان تهيج
 الاعضاء التي تلامسها فيكتسب الدم حينئذ اوصافاً جديدة مهيجة ولذلك
 اذا فسد المريض تكونت الغلابة الالتهابية على الدم وبالجمله اعراضه المرضية
 كالسابقة ومعها الاعراض العامة اى اعراض الحى والصفة المميزة له هي
 تنقله وسهولة تسلطه على القلب واعراض الجرحى النهائية قد يصيب
 المنسوجات المفصلية الظاهرة وقد يصيب الباطنة ففي الحالة الاولى اذا حصل
 الالتهاب من تور في الاربطة او روض في الاجزاء المحيطة بالمفصل انتفخت تلك
 الاجزاء مع الالم والتور والاحمرار والحرارة ويصعب ذلك اضطراب وقلق
 وحى وبقيّة العوارض الاشتراكية التابعة للالتهاب الشديد فاذا اشتد

الالتهاب استولى على الاجزاء الباطنة كالاسطح الغضروفية والمحفظة الزلالية وانتهى بالتقيح واما الغنغرينا فتأخرة ولا تحصل الامن اختناق السائل في المفاصل فيضغط على الاوعية والاعصاب للمارة في المفصل فيشتد التوتر والانتفاخ ويزرق السطح بدون زيادة حرارة ولا ألم شديد ثم تنخفض الحرارة وتظهر النفاطات وبقية علامات الغنغرينا ولكن الغالب الانتهاء بالتقيح اذا لم يعالج بوسائل التحلل

وانذار النقرسى ليس محزنا لكن يحشى خطره اذا اقتطع التهابه دفعة وظهر في عضومهم وقد يخرم الوظائف انخراما يؤدي الى الموت لكن معظم ثقله هو نشوء المفصل وعدم حركته ويكون اكثر ثقلا كلما كان اقدم وسيما اذا كان وراثيا والروماتزمى ليس مهلكا بنفسه فان حصل ذلك منه كان الاهلاك منسوبا لتوابعه كالتهاب البلورا والتامور والقلب حينما يزول ذلك الروماتزمى دفعة وربما انتهى المزمى بعدم القدرة على المشى الا بالعاكيز اذا كان الداء شاغلا للرجلين وقد يضعف العضو ويقصر اذا كان شاغلا للمرفق او الركبة فينتشى الساعد على العضد والساق على الفخذ فتقبض العضلات انقباضا دائما مؤلما ويزيد انتفاخ المفصل بحيث تصير اجزائه كتلة واحدة متجانسة الطبيعة كاللحم المتجدد وقد يلهب الغشاء الزلالى ويتقيح وتتأكل الغضاريف وتلين العظام وتفسد ولا تبقى واسطة الالبتر لكن هذا الانتهاء نادر وانما الغالب زوال الالتهاب ثم تجدد بعد اشهر بل سنين فدهنه تحتلف من بعض ايام الى سنين والجرحى الحاد يكون اقل كلما كان سببه اقوى وظاهر انه اشد ويزيد الخطر اذا كان هنا تفرق لتصل بحيث يدخل الهواء منه باطلاق في الجرح واشتداد العوارض الالتهابية ربما قتل اذا تهيجت الاحشاء معها تهيجا شديدا كما والجرحى المزمن خطر دائما بل مهلكا بما يمسك به الاعضاء الرئيسية وبالضعف الحاصل من كثرة التقيح او من هذين السببين معا

فاتقان تشخيص تلك الالات انما يؤخذ من البحث في الاسباب وفى كيفية الظهور وفى الاعراض والسير والمدة فان طبيعة الاسباب توضح طبيعة التغير

الذى

الذي كابد ما لدم والسير التام للمرض فاذا قدم للطبيب شخص معه التهاب مفصلي فاحكم بانه من طبيعة روماتزمية اذا كانت صناعته تستدعي المشقة والتعب ومكان جلده رقيقا لطيفا قوى الحساسية لا تطبلع البرد ويفرط في استعمال المنسروبات الروحية او كان جسمه معرضا للبرد او حدث له الداء فجأة او تقدمه ببعض ساعات او يوم او يومين اعراض الحمى واصيبت منه جملة مفاصل غليظة في آن واحد ووجد معه عرق كثير وكانت الثوب غير منتظمة وطال الداء مدة ايام في النسبة الاولى ويحكم بانه تقرسى اذا كان الشخص واقعا في البطالة والكسل وعدم الرياضة وياكل كثيرا اغذية دسمة وحصل له قبل ظهور الداء ايام تكدر في الهضم وظهر له الداء في الليل وفي السكون التام بدون سبب مشاهد واصيب مفصل واحد وسما مفصل ابهام القدم ولم تظهر الاعراض للعامة اى اعراض الحمى الا بعد التهاب وكانت على حسب شدته وذهب التهاب بعد يوم او يومين او ثلاثة في النسبة الاولى فاذا طال اصكر من ذلك ساروا بانتظمة مدة ثلاثة ايام او اربعة فتوجد نوبة في كل مساء ولا تنتهى الا في خمسة عشر يوما تقريبا لكن لا يلزم وجود هذه المصافات كلها في هذين الدامين غير انه يكفي لتشخيص الروماتزمى اصابة جملة مفاصل كبيرة معا ويسبق التهابها حمى ويكون السبب هو البرد وكثيرا ما يمكن تمييزهما باقل من ذلك اذا كان المريض اصيب قبل ان يراه الطبيب ببعض نشبات لان صعوبة الفرق انما تكون عسرة في النسبة الاولى من الدامين فاذا كان معه انحطاط واضح تدريجي في شدة النشبات من النسبة الاولى الى التي اعرضت للطبيب كان ذلك كافيا لظن ان التهاب روماتزمى لما ثبت بالمشاهدة ان النسبة الاولى فيه تكون اقوى مما بعدها بل يندران توجد ثلاث نشبات واربع في دور الحدة وانما الغالب ان تكون ما عدا الاولى مزمنة اما اذا شوهدت النسبة اضعف وكان ما بعدها يأخذ في زيادة الشدة تدريجا قرب للعقل ان التهاب من طبيعة تقرسية لان هذا هو السير الاعتيادى للتقرسى ويريد العسير اذا اريد التمييز بينهما في حالة ازمانهما لان الصفات حيثئذ تكون قليلة

السفاقلوس اى الاكلة وافترق ان الطبيب كتسون دعى سنة ١٨٢٤
 عيسوية لتوليد شابة عمرها عشرون سنة قال فوجدت الاغشية لم تزل كاملة
 فلما انشقت ولد بعد نصف ساعة طفلا ولادة طبيعية فرأيت القدم اليسرى
 معدومة منه منفصلة عن الساق من تحت الـ عيين يسير وكان سطح
 محل الانفصال ملتصقا ماعدا الجزء المركزي بسبب القوا العظمى الذى فيه وكان
 الطفل حيا ولكنه مات بعد عشرين دقيقة ولما بحثت بعد الولادة فى اعضاءه
 تناسل المرأة وجدت القدم فى مدخل المهبل فخذبتها حالا الى الخارج وكان محل
 الانفصال فيها ايضا ملتصقا ماعدا الجزء الثانى فيه العظم وما وجدت شيئا
 يدل على حصول تزييف من الطرف المقطوع وكانت تلك القدم اصغر من القدم
 اليمنى المتقلبة الى الانسية ولم يكن فيها اثر تعفن ولما قوبلت بالقدم الاخرى ظن
 تقريرا انها منفصلة من نحو شهرين والمرأة فى مدة الحمل لم تستشعر بما يدل على
 تلك الاصابة فلم تعلم الزمن الذى حصل فيه ذلك

المبحث الثانى

فى الخلع فى اطراف الجنين

قد يحصل الخلع فى اطراف الجنين وهو فى بطن امه ومن ذلك ما شاهدته شوسير
 فى جنين من خلع الفخذين والركبتين والقدمين وثلاثة اصابع من اليد اليسرى
 وذ كر دبو يترن فى رسالة مهمة له ان خلع الفخذ من ذاته يحصل فى الجنين معا
 فى اكثر الاحوال واقل منه فى جانب واحد قال قد شاهدت عشرين حالة من
 هذا الخلع فلم اره من جانب واحد الا فى حالتين ولا يدرك فى الغالب وجود
 هذا الخلع وقت الولادة وانما يسهل تشخيصه كلما تسر للطفل الوقوف والمشي
 واخذنى كمالهما قال دبو يترن وانما يتضخم الداء بالاكثر اذا اخذ الحوض
 فى الاتساع وابتدأ الطفل فى الاعتياد على الرياضة الطويلة المتعبة فيقتصد
 يتضخم منه جيدا اهتزاز الجزء العلوى من الجسم على الحوض وانحناءه الى
 الامام واعوجاج القامة وبروز البطن وتحرك طرفي القطر المستعرض
 للحوض بحركة استدارية وعدم اغناء رأس الفخذ والحركات المتبادلة لارتفاع

وانحناء

وانخفاض هذا الرأس على طول الحفرة الحرقفية الظاهرة ويحصل هذا الخلع عادة الى الاعلى والوحشية فيتحول رأس الفخذ من التجويف الخلقى الى الحفرة الحرقفية الظاهرة التى فى العظم الحرقفى وربما كان سبب هذا الاستبدال كما قال دبو يترن الوضع الاعتيادى لساقى الجنين فى باطن الرحم فان الفخذين فى هذا الوضع تكونان منثنيتين جدا على البطن ورؤسهما يعلان دائما فعلا عنقا على الجزء الخلقى السفلى لمحفظة المفصل وذلك الفعل لا يضر الجنين الجيد التركيب وانما يضر من كانت منسوجاته قليلة المقاومة فينقاد الجزء الخلقى السفلى من محفظة المفصل لرأس الفخذ ويتركه ليرمنه فيحصل الخلع ويكفى لادراك تحول ذلك الرأس الى الاعلى والوحشية ان يتذكر ان العضلات القوية المحيطة بالمفصل العلوى للفخذين تميل دائما لان ترفع الى الاعلى رأس هذه العظام عند خروجه من الحفرة الحرقفية كما ذكر ذلك دبو يترن فى رسالته المؤلفة فى ذلك وجعل هذا الجراح الماهر قواعد المعالجة مؤسسة على السكون والوسائط المخصوصة بتثبيت الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل ومعارضة ارتفاع رأس الفخذ للحفرة الحرقفية ويعسر جدا فعل هذه الوسائط فى الاطفال الرضع ولكن يمكن اقله ان لا يجتهد فى سرعة مشيهم ولا يترنوا بقصد اعطائهم القوة على الوقوف على الساقين لان من المعلوم ان ثقل الجسم يعين اذ ذلك على رفع رأس الفخذ للحفرة الحرقفية ومن اراد زيادة عن ذلك فعليه بالرسالة المذكورة فان فيها الكفاية

قال اولفير وهنالك سبب آخر للخلع الخلقى فى الفخذ يعلم من المشاهدات والصور المرسومة التى ذكرها كروفليير لهذا العيب الخلقى فى كتابه فى التشريح المرضى فانها تدل كما ظن ذلك دبو يترن ايضا على ان هذا النشوء كانقلاب القدم ناشئ من الوضع الخاص لاطراف الجنين فى الرحم قال ولقد كلفنى جمع ديوان الاطباء ان ابحث فى جنين مشوه ولد فى سبعة اشهر فرأيت فيه سببا خاصا للخلع الخلقى فى الفخذين وذلك ان العجز كان غير موجود وانما كان محله من الحوض متما من كل جانب بالتصاق العضلات الالية ببعضها بحيث تكون من انضمامها

بعضها شبهه بغيره مستطيل عمودي تحت التواء الشوكية القطنية
فتلك العضلات بالذغامها من الخلف في محل بعيد جذبت الفخذين الى الخلف
والاعلى بحيث صار رأسها اعلى ووحشى الحفر الحقية التي كانت جيدة
التسكون وتلك الحالة ترد رأى كثير من المؤلفين الذين يرون ان الخلع
المذكور قد يكون نتيجة ضيق التجاويف الحقية او غورها الغير الكافي لقبول
رأس الفخذين لان هاتين الحفرتين هنا كانتا واسعتين عميقتين بحيث كان
يسهل دخول هذين العظمين فيهما وسوى ذلك ان عيب التكون الذى نتج
عنه جذب رأس الفخذين الى خارج التجاويف الحقية انما حصل فى الاشهر
الاول من الحياة داخل الرحم فتتج من هذه المشاهدة التي لا اعرف لها نظيرا
ان التجاويف المفصلية فى الجنين لا يزول اثرها وان لم تحتو على اطراف
العظام المعدة هي لقبولها وربما استخرج ايضا من هذه المشاهدة نتيجة اخرى
وهي ان التجاويف المفصلية فى الادوار المختلفة لنمو المجموع العظمى تكون
بدون ان تحتاج لقالب تأخذه من الاسطحة التي يلزم ان تلامسها لان من
الواضح ان الوضع الغير الاعتيادى للفخذين فى هذا الجنين حصل فى الازمنة
الاول من الحياة الجنينية ومع ذلك كانت الحفر الحقية متكونة بشكلها
واقطارها اللازمة لان تنطبق بها بالضبط على رأس كل فخذ فهذا الامر
الواتى الغريب يحقق لنا القاعدة الكلية التي ذكرها بكلار وهي ان شكل
العظام يكون فى الاحوال الاعتيادية المنتظمة كشكل الاعضاء الاخرى حاصل
فى الابتداء من شكل الاصول الخلوية الوعائية التي يتكون منها لهاجمة التغذية
اي جوهرها الخاص

المبحث الثالث

فى تفرق الاتصال والكسر الخلقى فى الجنين

قد يحصل ايضا للجنين تفرق اتصال فى العظام سواء كان ذلك من وقوف النمو
او من سبب من اسباب الكسر الشبيه بذلك فى الكبار قال بليار قد اجتنبت
مشاهدة تثبت ان كان تفرق الاتصال بسبب وقوف النمو وهي ان طفا لعمره

شهران مات في بيت المقطع بالتهاب رئوي حاد فلما بحثت في جثته رأيت الفخذ
 متحركة من جزمها المتوسط بحيث كان فيه شبه مفصل كاذب وبالبحت
 في هذا الجزء ظهر ان هناك تفرق اتصال في الجوهر العظمي من وسط الفخذ
 سعته اربعة خطوط وتلك المسافة مملوءة بجوهر غضروفي سميك طرفاه
 ملاصقان لطرفي العظم كالمسمة التتوات حال غضروفيتهما الاطراف الناتئة هي
 عليهما ولم تكن هذه الفخذ اطول من فخذ الجانب الاخر فلم تكن المسافة التي ذكرناها
 مكونة من جوهر راسبين قطعى العظم وانما هي من الاصل الغضروفي لذلك
 العظم ولم يحصل تعظمه لامر ما غير اعتيادي ويجوز ان يكون من هذا القبيل
 اى من وقوف التمواد كروه من مشاهدة كسور متضاعفة كثيرة في الطفل
 الواحد وذكروا سير امثلة من ذلك فيظهر ان اتصال الالياف العظمية فيها
 انقطع من وقوف النمو ولذلك يشاهد في محاذاة ذلك متوسطات غضروفية
 دخلت فيما بينها وخشنت اسطحها المتلاقية حتى انضمت معها كالاسطحة
 المتقابلة من العظم الوتدى والجزء القاعدى من القاعدوة في الصغار
 ثم ما عدا هذا النوع الخاص من تفرق الاتصال قد يحصل في الجنين مدة
 اقامته في الرحم كسور حقيقية بل ربما وجد في تلك الكسور احيانا وقت
 الولادة ابتداء التيبس والالتحام وقد اعرض الطبيب دوفيرجى لديوان اطباء
 سنة ١٨٢٥ عيسوية مشاهدة امرأة كانت حاملا في ستة اشهر فالتطم
 بطن الطمة قوية في زاوية طاولة عند سقوطها من كرسي مرتفع فحصل لها الم
 قوى جدا ودام معها زمنا ما ولم تقدر على تسكينه ثم اخذ بنفسه في التناقص
 حتى زال ولامتدت الاشهر الاعتيادية للعمل وضعت ولدا قوى البنية ولكن معه
 ورم كبير الحجم في القسم الترقوى الاسبرومات في اليوم الثامن ولما بحث
 في جثته وجد كسيرا في الترقوة ترا كبت قطعناه على بعضها قليلا واتصلنا
 بواسطة اندمال متين كبير الحجم هو الذى تكون منه الورم الذى ذكرناه فيقرب
 للعقل من هذه المشاهدة ان الصدمة الشديدة التي حصلت على بطن الام قبل
 الولادة بشهرين او ثلاثة هي السبب لان كسر التيبس الذى وجد في ترقوة

جنينها وتطير ذلك ايضا ما وقع لشابة جيدة البنية عمرها خمس وعشرون سنة
وكانت حاملا في ستة اشهر فعرض لها سقطة على بطنها فاستشعرت حالا بتحرك
الطفل حركة قوية غير ان هذه الحركات لم تلبث قليلا حتى سكنت واقطعت
فلما كملت مدة حملها ولدت بدون عارض ولدا نحيفا ضعيفا جدا وعلامات الحياة
فيه قليلة ومعها في ساقه اليمنى جرح مستعرض طوله تسعة خطوط وحافته
مصحرة مسترخية ويمتد من احد الكعبيين الى الآخر وكان مصيبا للجلد
والعضلات التي تحته ومصحوبا بكسرة في القصبة التي انفصل جسمها بالكلية
عن التواء البارز الغضروفي السفلي وخرج من الجرح باتجاهه الى الوحشية
ففقده سمعا وقوة النظر فاجتهد في رجوعه فلم يقد فاضطر لتركه لان
حواف الجرح اصبحت بسفا قلوبس واخذ موت العظم في التقدم وامتد الداء
بسرعة ومات الطفل في اليوم الثالث واستنتج من ذلك ان الجنين قد يصاب
مدة اقامته في الرحم بافات تصير بعد الولادة مهلكة وكثيرا ما يشاهد الكسر
في الاطراف مدة الولادة او بعدها ويعرف بنفس العلامات التي يعرف بها
في الكبار البالغين ويعالج بنفس الوسائط التي تعين على التهامه

الفصل الثالث

في آفات المفاصل

آفات المفاصل لا تختلف غالبا عن ما في الكبار وقد شوهد الالتهاب المقتضى
الحاد في المولودين فلنذكره اولا ثم تتبعه ببيان مختصر في تشخيص انواع
الالتهاب المفصلي في هذا الفصل مجعنان

المبحث الاول

في الالتهاب المفصلي الحاد في المولودين

قال اوافير من المعلوم ان البص التشرىحي في جنث المولودين بعد الموت يحقق
ما قاله قدماء الفلاسفة من ان البنية البشرية قابلة من ابتداء كونها
وهي في رحم الامهات للاصابة بالآفات التي سلطها الله على النوع البشري
والامثلة لذلك لم تزل تتكاثر وتنتسج كل يوم ومنها يعلم ان امراض الاطفال

تكدان لا تختلف عن امراض غيرهم في النوع ولا في المصنفات ومن امثلة ذلك
الالتهاب القضي في الاطفال والمؤلفون الى وقتنا هذا لم يتكلموا عليه واول
من ذكره الآن هو الطبيب بيلار لا تيرس في رسالته الجنسية في الالتهاب
القضي الحاد التي قدمها بمدرسة الطب بباريس سنة ١٨٣٣ ويمكن ان
جهل ذلك الى الآن انما نشأ كما قال هذا الطبيب من اهمال الاطباء غالباً
البحث في المفصل من حيث الاطفال والذي لشد له البحث فيها كما قال انما هو
وجدانه خراجاً صغيراً في الرئة فالتزم ان يبحث هل يوجد في الاطفال المولودين
موافقة في الظاهرات المرضية مثل ما يشاهد غالباً في البكار البالغين فوقف
هذا الطبيب من ذلك على ثلاثة امثلة التزمنا ان نذكرها هنا باختصار

المشاهدة الاولى * طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى يوم العشرين من
اوت سنة ١٨٣٢ عيسوية فكان لسانه احمر الخوافي وكان معه اسهال مواد
مخضرة وفي السابع والعشرين ظهر في فمه موجيت وتقرح في قيد اللسان
ومات في التاسع والعشرين فوجد فيه تجمعات صديدية واندفاعات دخنية
تحت البلورا يحيط بها هالات بنفسجية وتنفس متفرقة على سطح الرئتين
ووجد كل من المفصل الحرقمية الفخذية والمفصل الفخذي القصبي الايمن
محتوي على مادة زلالية صديدية حمرة والغشاء الزلالي احمر ولون الغضاريف
اصفر كدرا والمفصل الكتفي العضوي الايمن محتوي على سائل مصل صليدي
والايسر على صديد خالص ووجد تجمع صديدي بين العضلات ذات الرأسين
والغراية العضدية والذالية وكان القيح النافذ من هذه البوابة احمر غليظاً
ووجد خراج متكيس قرب رسغ اليد اليسرى ولم يوجد في المنخ ولا في متعلقاته
ما هو عظيم الاهتمام ووجدت المثانة ممتدة جداً بالبول * والمشاهدة الثانية
طفل عمره اربعة ايام ومعه تيس في المنسوج الخواوي الذي في الاطراف
والقسم الظهري ثم عرض له اسهال وتغير في تخاطيط الوجه ومات بعد بعض
ايام فوجد كل من المفصل الحرقمي الفخذي الايمن والفخذي القصبيين
والقصبي النسجي الايسر والزندي الرسغي الايسر مملوءاً بالصديد والغضاريف

صفراء وسخنة بدون تغير في منسوجها ووجد في جلد الوجه الظهري للمفصل
الزندي الرسني صفحة حمراء ولم توجد خراجات في العضلات ولا في الرئتين
وانما كانت حافتها الخلفية مجلسا لارتشاح صديدي وبقية الاعضاء سليمة
والمشاهدة الثالثة طفل تومي مذكور عمره ستة ايام حل للمارستان
في السادس عشر من سبتمبر سنة ١٨٣٢ وكان لسانه احمر الحوافي
مع بروز في الحلمات ومعه اسهال اخضر وتيس في المنسوج انخلوى من الظفر
ثم حسنت حالة الطفل بحيث اعطى في الثامن عشر للمرضعات المتقاعدات
وفي السابع والعشرين من الشهر دخل المارستان ثانيا ومعه احمر ارشديد
في الغشاء المخاطي القمي المبذور فيه صفحات من الموجيت ورجع له الاسهال
الاخضر وظهر فيه الهبوط والتحول واخذت تلك الاعراض في الازدياد
حتى مات في السابع عشر من اكتوبر فوجد معه بعد الموت نخافة زائدة
وخشكر يشة في العجز مع تعرية للعظم وقرحة مستديرة في الجزء الوحشي
من المرفق الايسر عقمها متصل بالمفصل ولون الغضاريف مصفرا والتسو
الغضروف السفلي للفخذ منه صلامن العظم ووجدت بورة صديدية تحت الكتف
والعضلة الكبيرة الظهرية وفساد تام للعضلة المسننة الكبيرة والعضلة تحت
الكتف ولم يوجد في الاوردة اثر للالتهاب ووجد المفصل الفخذي القصبي الايسر
محتويا على صديد والغضاريف سليمة والمفصل الحرقفي الايمن يصل
بواسطة قناة ناصورية الى التجمع الصديدي الموجود في الحفرة الحرقفية اليمينية
ووجدت العضلات الحرقفية وابسواس تالفة بالكلية والمخ وتوابعه في حالة
سليمة وفي الجزء الخلفي من الرئتين ارتشاح صديدي والتيموس تحول الى جيب
مملوء صديدا ومعه موجيت في القسم والمرى واين جزئي في المعدة وسهولة تمزق
في الغشاء المخاطي الذي في الجزء العلوي من المعاء الدقيق وانتفاخ في صفحات
بيروم عدد في المثانة بسبب وجود مقدار عظيم من البول فيها
فهذه المشاهدات الثلاث مشابهة لبعضها لان في كل منها مفاصل ذوات
بورات صديدية واغلبها هوا كبر مفاصل الجسم والغضاريف في جميعها متحدة

في المنظر مصفرة كحالة الغشاء السينوفياى الى الزلالى ويعسر ان يختار
 فى واحدة منها ان التجمعات الصديدية المفصلية كانت نتيجة العمل
 الشاق اللازم للولادة الشاقة او الجذبات الشديدة او الحركات القهرية التى
 تفعل فى الطفل لان مثل تلك الاسباب لا تؤثر فى جملة محال هكذا فى آن واحد
 وانما يعرف من المشاهدة الاولى ان التغيرات المذكورة اتما كانت بالاكثر نتيجة
 امتصاص صديدى ولا بأس بتسميتها التهابات مفصلية انتقالية اما الحالة
 الثانية فلم يكن فيها اثر لالتهاب وريدى ولا لخراجات فى الرئة ولا فى العضلات
 وانما وجد فيها احمرار حول رسغ اليد المريضة وتلك حالة قد تعين على ظن انه
 كان معه فى حياته احتقان التهابى كالافات الروماتزمية المفصلية فاذا لم يشاهد
 ذلك قبل الموت بزمن ما فذلك لما جرت به العادة من اهمال كشف الاطفال
 والتأمل فيهم عند عيادتهم فيبقى معظمهم ملتفا بشيا به اذالم يكن هناك سبب
 يستدعى البحث فى الصدر او البطن والمشاهدة الثالثة فيها شبه بالاولى وكان فيها
 تقطيع بدون التهاب وريدى والتهاب مفصلى انتقالى وانما اتفخت فى المشاهدة
 الثانية آثار الالتهاب المفصلى وسبب التغيرات الموجود فى الرمة فنتج من ذلك
 ان هذا الالتهاب الذى يكون فى الكبار البالغين مؤلما يظهر انه لا يسبب
 فى الاطفال المولودين الماشديدا لانه لم يشاهد فيهم اضطراب ولا صياح اذا
 طبعت فيهم حركات او نحوها غير اننا نقول ينبغى تحصيل جملة مشاهدات حتى
 يحقق منها ما ذكر

ثم ذكر اوفبير مشاهدة مهمة اجتنهاها الطيب واليس سنة ١٨٣٥
 فيها انفصال كثير من التتوات الغضروفية المنسوبة للعظام الطويلة وتولدات
 عظمية جديدة واتما ركازها هنا خوف الاطالة واستنتج منها حسبا قاله
 واليس ان خراجات الاطراف والحوض قد تنشأ فيهم من تغير العظام وتنبسب
 عن الداء الزهرى واما التولدات العظمية المذكورة فى تلك المشاهدة فيعتبرها
 نظير ما سماه لوبستين بذلك فى الداءات الزهرية وتلك التولدات سريعة التكون
 ولذلك ذكر ايضا انه رأى فى حالة سيفاليمانوم انه ارتفع فى نحو يومين حوية

عظمية علوها خط ونصف

المبحث الثاني

في الالتهاب المفصلي في سن اعلى من ذلك

الالتهابات المفصلية في الاطفال وان كانت نادرة بانواعها اعنى سواء كانت
نقرسية او روماتزمية او جرجية الا انها قد توجد فيهم وكثيرا ما تنسقبه تلك
الآفات ببعضها ولذلك التزمنا لكمال التشخيص ان نوضح بالاختصار
اوصافها فنقول هذه الالتهابات تحصل في الاطفال من المبادرة بمشيهم قبل اوان
المشي او من سرعة مشيهم وسقوطهم على مفاصلهم او تحمل تلك المفاصل ثقل
اجسامهم فيحصل لهم من ذلك ما يحصل للكبار ويتبعون منه تعباً عظيماً و ربما
عرضت لهم استسقاءات في اغشية المفاصل وآفات اخرى مفصلية من اسباب
خارجية كالحركات العنيفة من الخارج وزيادة تمدد المفاصل والخلع والجروح
المفصلية وجميع ما يقطع العرق في الاقدام او غيرها من اجزاء الجسم وارتداد
آفات جلدية الى الباطن كالقوبا والخزرة اى غيبوبتها فجأة والبرد الرطب
والمهيجات المستطيلة المدة في الغشاء المخاطي المعدى المعوى والتغذية الكثيرة
وسبب الدسمة وهذه الاسباب منها ما يحدث الالتهابات المفصلية من غير تمييز
بين سن وذكورة وانوثة ومزاج وكيفية معيشة وغير ذلك ومنها ما يلزم
لاحدائه الداء بعض شروط مهيئة كالمزاج الدموى والامتلاء والسمن وقابلية
التهيج في الجلد والمجموع اللينى المفصلى او نقول بوجه آخر ان الالتهابات
المفصلية منها ما يصد من اسباب خارجية لا غير ومنها ما يحتاج للاستعانة
باسباب باطنية فلا يحصل الامن تأثير النوعين معا ومنها ما ينشأ من تأثير
الاسباب الباطنة فقط فالاولى يقوم منها الالتهاب المفصلى الجرجى والثانية
الرومازمى المفصلى والثالثة النقرسى فيكون لكل من تلك الآفات الثلاثة
اسباب مخصوصة واختلاف اسبابها يدل على اختلاف طبيعتها والاعراض
العامة لتلك الآفات الثلاث او الاشكال الثلاثة المنسوبة لمرض واحد
على ما يراه بعض المؤلفين هي انه اذا كان الالتهاب المفصلى حاداً مهمة كان سببه

كانت

كانت اعراضه الم وانتفاخ وحرارة في المفصل المريض واحيانا لون وردى في الجلد المغطى له وتسر او تعذر في حركة العضو واعراض تنسب لآفات القناة الهضمية والقلب والمخ فينشأ من ذلك فقد شبه وعطش وغثيان وفي وتواتر نبض وزيادة حرارة في الجلد واحتقان في الوجه والاعين وصداع وهذا ان فاذا كان الالتهاب المفصلي من منا كانت العلامات العامة للآفات الثلاثة هي الا لم وتعب الحركة ولا يتعرض اذ ذلك اعراض من الاعضاء البعيدة ولا حرارة ولا انتفاخ موضعي او اذا وجد هذان كانا خفيين جدا فهذه الاشياء كلها ربما اخذ منها ان هذه الآفات الثلاثة منسوبة لآفة واحدة كما فهم ذلك بعضهم مع انها متخالفة والفرق التي تفصلها عن بعضها عديدة

تشخيص الالتهابات المفصلية * المفصلي الجرحى يكون دائما مقصورا على المفصل الذي اثر عليه السبب والروماتزمي يشغل غالباً جملة مفاصل في آن واحد والنقرسى يشبه مع الروماتزمي بالنظر لهذا الاخير والمفصلي الجرحى لا يترك المفصل الذي ظهر فيه ويستولى على آخر بخلاف الروماتزمي والنقرسى فانهما يغيران محلها بسهولة عظيمة والمفصلي الجرحى يكون دائما واما الروماتزمي فيكون في الغالب متقطعا واذ لم يكن كذلك لم يكن له السير المنتظم الذي للجرحى وانما يتقطع ثم يظهر وينقص ثم يزيد وهكذا مررت كثيرة في سير الداء والنقرسى يأتي نوبا وكل نوبة تدوم غالبا ست ساعات او ثمانية وتسعد قليلا في المساء وبعد ذلك نوب يتقطع الداء ثم يظهر بعد بعض ايام تادعا السير الذي سلكه في النسبة الاولى والجرحى يقع في الغالب مع الاضطراب سير التزايد والوقوف والانحطاط العلما لمعظم الالتهابات والروماتزمي يقع غالبا في ابتدائه سير اسريعا بحيث يصل لاعلى شدته في زمن يسير وشفائه كثيرا ما يكون فجائيا ايضا كظهوره ونوب النقرسى تأخذ في زيادة الشدة والاوى هي الاقوى والاخيرة هي الاضعف والجرحى ليس له ميل للرجوع والعود ورجوعه يحتاج لعارض جديد بخلاف الروماتزمي فله ميل دائما للظهور ثانية لان بعض اصوله موجود في البنية ومع ذلك يلزم تجديد تأثير السبب حتى يعود الداء

والنقرسى يحصل غالباً بدون سبب محدث له فتغاير تلك الاحوال فيفيدنا تغاير تلك الافات مع ان هذه الصفات الفارقة بينهما لم يستفد منها طبيعتها بخلاف الصفات المشتركة بينها فانه ربما استفيد منها ذلك ولذا يصح ان لا يهتم بكون الالتهاب المفصلى مقصوراً على مفصل واحد او شاغلاً لجملة مفاصل وثباتاً او متقللاً ومستداماً او متقطعاً ومنظماً او غير منتظم في السبر وهو ذلك وانما يكفي في جميع الاحوال والاشكال ان يظهر بالمرءى وانتفاخ وحرارة واحمرار اذا كان حاداً نحن ذلك يستنتج ان طبيعة الانواع الثلاثة متحدة وانها المتهاية والتشريح المرضي هنالك تقع بطيل في ايضاح المقام ووا اسفاه حيث لم يتضح لسانه الى الآن الامعارف غيرا كيدة ومع ذلك فالتقط الى التغاير اميل بل ربما كان غير مشكوك فيه وان الجرسي يقوم من التهاب خالص بسيط في المنسوج اللينى والمصلى المعينين على تكون المفصل ومن المعلوم ان هذا الالتهاب يبنى موضعياً كسببه وثباتاً مستداماً منتظماً وغير قابل للعود وانه يوجد في الروماتزمى ما عدا الالتهاب المفصلى تغير في الدم الذى يتعلق به جزء من هذا الالتهاب وبهذا الفرض يتضح جيداً لا شئ يكون ظهور هذا الداء مسبباً قادمة ما بالسقوط والهبوط وباحتقانات اعضاء مختلفة وبسدر ودوار وصداخ وطينين في الاذن وورعاف وحرارة في الحلق وخفقان وعسر تنفس وزيف بواسبرى ونحو ذلك ولا شئ يكون الدم الخارج بالقصد غلابياً على الدوام ويتضح به ايضا كثرة ثقل الداء وزواله الوقتى من مفصل وظهوره الفجائى في آخر وتوزعه في جملة مفاصل وسهولة تسلطه على منسوج القلب وعدم انتظامه ومدته التى هي في الغالب اطول من مدة النوع السابق وان في النقرسى حصل في تركيب المنسوجات المفصلية من زمن طويل تنوع عندما اصبحت بالالتهاب صارت به اكثر استيقاظاً ومتمعة بزيادة حيوية اكثر مما في الحالة الاعتيادية عند اشخاص اخر واكثر قابلية للتهدج مما تستدعيها طبيعة وظاقتها وما عدا ذلك يكون الدم متحلاً تحملاً زائداً للمواد مغذية وربما اخذ ذلك مما هو معلوم من ان هذا النقرسى يشاهد بالاكثرى في الاغنياء

لا فرطهم

لا فرطهم في استعمال الاغذية الجيدة المولدة كثيرا للدم المتقبل لمواد كثيرة مغذية تحيى جميع منسوجاتهم فتعطينا لفواصلهم درجة عظيمة من الحساسية لاتوافق مع الوظائف الضعيفة التي تتم حول المفاصل ويوضح ايضا بذلك السبب زيادة العسر في ازالة الاستعداد للنقرسى متى حصل وميل نسبته الى العود ويعلم به ايضا لاي شئ تصير الرياضة لازمة للمنقرسين لما انها يتفق بها افراط زيادة المواد المغذية وتكون البطالة مضرة لهم ويؤخذ منه السبب الطبيعى ايضا لوجود الحمض البولى في المواد المتجددة التي توجد حول المفاصل لان العنصر البولى من الجواهر الاقوى حيوانية في البنية وبالجمله جميع ما هو مهم في شرح النقرسى يتضح من هذا القرض الذى فرضناه وينكشف به ايضا تمييز الانواع الثلاثة التى تظهر لغير المتأمل متحدة

ومن حيث ان الصفة الالتهابية عامة للانواع الثلاثة من الالتهاب المفصلى يلزم من ذلك ان المعالجة المضادة للالتهاب تناسب في جميعها غير ان مناسبة ذلك العلاج ليست في جميعها بدرجة متساوية وانما هو الواسطة الاصطناعية الوحيدة لشفاء النوع الاول ويحتاج غالبا لان يكون شديد الفاعلية لاجل الشانى ويعين عليه لاجل شفاء الثالث ادوية اخرى منفعتها اعظم منه بحيث لا يكون الانا نويا تابعيا ويكابد ذلك العلاج المضاد للالتهاب تنوعات في كل من الثلاثة سواء في اختيار الوسائط او في وضعها فالجرحى اذا كان موضعيا كسببه يكتفى لشفائه غالبا بمعالجة موضعية كالعلق والوضعيات المرخية والحمالة فاذا لم ينقدلها مع كونها استعملت استعمالا مناسباً باجاز ان يظن وجود سبب عام ملازم للشخص يعارض الشفاء فاذا كان الالتهاب ماعدا ذلك مستداما تاباً لزم بدون ان يخاف من تسلطه على عضو باطن ان يجتهد في ابطال عوارضه من الابتداء مهما كانت شدته بالوضعيات الرادعة فاذا لم يمكن له ميل للعود لم يحتج للاحتراسات الصحية للتعزز من ذلك واما الروماتزمى فمرتب كما قلنا في معظم الاحوال بتغير في الدم وبسبب ذلك يشغل في العادة جملة مفاصل في آن واحد ويكون غالباً منقطعاً مستقلاً سهلاً الانتقال

والعود فاذا كان تغير هذا الدم حقيقة لزم ان لا تصكفي في الغالب المعالجة
الموضعية وانما تسال من الوسائل العامة نتائج اسرع وواضح من الموضعية
ومن حيث ان طبيعة تغير الدم غير جيدة المعرفة ينبغي ان تكون هذه الوسائل
في الغالب تجريبية اى ان لا تكون لها نسبة واضحة بالنتائج التي توصل اليها
فالتجربة تؤيد جميع هذه القواعد المأخوذة من البيان العلمى ولذلك استفدنا
منها ان الوضعيات غير نافعة بل مضره في الروماتزمى وان العلقى هو الواسطة
الوحيدة التي فيها النفع ولكن الغالب كون منفعة نافوية ومحدودة وان الافصاد
العامية والمعرفات والمخدرات والتدبير الغذائى اللطيف هي الاساس القوى
للعلاج وان الروماتزمى كثيرا ما يشفى بوسائل لا يمكننا توضيح كيفية تأثيرها
كالمقننات مثلا بكمية كبيرة وكثرة تقطع هذا الداء وانتقاله يخاف منها تحوله
للأعضاء المهمة وتوصلنا من نفسها لان نمنع علاجه بالوضعيات القابضة
او الرادعة فقد ثبت بالتجربة خطر هذه الادوية في معظم الاحوال ولا تنفع
الا في بعض احوال قليلة جدا كأنها مستثناة من القاعدة العامة وسهولة
عوده يؤخذ منها لزوم التحرز من رجوعه بالا حتراسات العجبة والتجربة تؤكد
ذلك كل يوم

واذا كان حقان تركيب المنسوجات المفصلية كلبدت من مدة طويلة تنوعات
عميقة حتى اصبحت بالالتهاب وان هذا التنوع يقوم من كون هذه المنسوجات
صارت اقوى حيوانية مما في الحالة الاعتيادية وانها ممتعة بجيوية قوية وقابلية
عظيمة للتهيج غير مناسبة للوظائف الضعيفة التي تتم حول المفاصل لزم ان نستنتج
من ذلك ان الغاية الرئيسة للعلاج هي ارجاع المنسوجات لبنيتها الاعتيادية
فلذلك يكون العلاج الموضعي هو المخصوص بمقاومة بعض الاعراض غير انه
ضعيف الفعل بالنظر لمقاومة الداء وتجري على هذا الرأى في انواع الادوية التي
اوضوا بها عموما لمقاومته فالتناغم على لزوم تولده نانيا في جميع الحياة بالسبب
الذي حصل به الولا ونوضح عدم قابليته للعلاج حسبا زعموا ونستخرج من
ذلك نتيجة عملية وهي مراعاة التدبير الغذائى القاسى فقط المستطيل مدة

طويلة حتى يؤثر تأثيرا واضحا في تغذية جميع الاعضاء وتركيب الدم وبذلك
يرجى شفاء النقرسى لكن اذا استديم على ذلك استدامة مناسبة ولم يكن الداء
قد يما وطبيعة هذا التدبير تؤخذ من طبيعة الداء فيلزم ان تكون الاغذية
اقل تنبها وتغذية ما يمكن وقد ثبت بالتجربيات منفعة هذا التدبير
وتختلف ايضا تلك الانواع الثلاثة في المجلس والاسباب فالنقرسى محله
في الاربطة والسحق والغشاء الزلالى فيقوم من احتقان وسحكة وانصباب
مواد في باطن المفصل وهو يندر في الاطفال كما يندر في النساء قبل سن اليأس
لان سيلان الطمث فيهن كل شهر يخلصهن من افراط التغذية الدموية ومعظم
اسبابه هو ذلك كما علمت والاطفال مثلهن في ذلك فان التغذية وان كانت كثيرة
فيهن الا انها تعادل مع نمو جميع اعضائهن فادام هذا النمو فيهن غير منته لم يبق
تأثير لكثرة المواد المغذية فلا يحصل منها رسوب نحو المفاصل ولذلك يحفظون
غالبا منه ولا يصاب به الا من وقف فيه النمو فاصابته للذكور البالغين اكثر من
اصابته للاطفال والمؤلفون اتفقوا على ذلك وهو دليل على صحة البيان العلمى
الذى ذكرناه وهو ان سببه الرئيس هو افراط المواد المغذية في الدم فلا يصاب به
الامن وقف نموه لان المواد المغذية تبقى بعينها في الجسم عوضا عن ما تحلل منه
ولا يزيد منها شئ فاذا افراطت التغذية تولد منها الداء ولذا كلما اكثر من يصاب
به من هو كثير الاكل وعدم الرياضة يعين عليه كافراط الاشغال العقلية
والروما تسمى هو التهاب المجموع الليقى الزلالى الذى في المفاصل مع تغير
في الدم بحيث يصير اكثر تهيجا منه في الحالة الاعتيادية فمجلسه هو مجلس
النقرسى وتقل اصابته للاطفال ويصيب الذكور اكثر من الاناث وليس عندنا
ادلة قوية تثبت انتقاله بالوراثة من الاصول للقروع وانما هناك بعض امثلة
تشهد بذلك وربما حدث من زوال آفة جلدية او قطع زيف اعتيادى او ضربة
او سقطة مع استعداد في الشخص له واقوى اسبابه البرد الرطب وربما ظهر
على رأى بعضهم من طول استعمال الادوية الزبيقية واما الجرحى فيحصل
دائما من فعل عنيف خارجى وبقى يصيب المنسوجات المفصلية فهو داء عارضى

يكون في الغالب حادا وظاهراته تقبل الانتهاآت الثقيلة وينبغي عده
 من المضاعفات الكثيرة للخطر لروح المفاصل وللعمليات التي تعمل بقرها
 واما اعراض كل نوع من تلك الانواع فالنقرسى قد يسبقه تكدس في الهضم
 ولذا زعم سيدنا ان المعدة هي التي تصاب بالالتهاب بالذات وبعضهم يرى انها
 تصاب بالضعف وبعضهم يرى ان الداء كثر في الصفراء وكثرة دم في مجموع الوريد
 الباب اوائه تابع لآفة في وظائف الكبد وزعم بروسية ان معظمه يحصل من
 التهاب مزمن من في المعدة ولكن المشاهدات لاتساعد شيئا من ذلك فان المعدة
 عند المنقرسين تكون قوية سليمة ثم يظهر الم شديد متدفع في اهام الرجل واحيانا
 في العقب اوفي المفصل القضيبي النسجي واحيانا في رسغ اليد اوفي الركبة
 مع اتفاخ واحمرار في المفصل وتبعه نوبة حى وبشته ذلك في المساء والليل
 وربما مكث اربعا وعشرين ساعة ثم تأخذ النوبة في الخفة كل يوم حتى تزول
 غالبا بعد اربعة ايام او خمسة وبذلك تنتهي النوبة الاولى ثم بتدئ النوبة الثانية
 في المفصل نفسه اوفي الرجل الاخرى اوفي مفصل آخر ثم نوبة ثالثة واحيانا رابعة
 ثم تعود اللعنة ويقوم من تلك النوب والفترات التي بينها ما يسمى بنسبة النقرس
 ومدتها في الغالب خمسة عشر يوما وقد يحصل في السير تنوع غير ذلك وبعد
 نوب النقرس يخلص المفصل من الاحتقان الا ان الحركة تبقى فيه بطيئة ويبقى
 فيه بعض تعب يجنب يمكث زمنا ما بعد الرجوع للعمة ولكن مع طول الزمن قد
 تظهر تغيرات في المفاصل المريضة وفيما حولها فقد تبقى مرثجة او اوذ بما وية وقد
 تبقى العضلات التي حول المفاصل في حالة اقباض دائم مؤلم او احتقان جزئى
 او تبقى تعقدات تكون اولالينة قابلة للتألم ثم تفقد حساسيتها كلما زاد قوامها
 ويتكون منها في سمك الاربطة والاونار اوعلى سطحها وحول المفصل شبه
 سجة من اورام صغيرة تتعب الحركات او تمنعها بالكلية وسمى ذلك بالنقرس
 العقدي وقد تلصق الاسطحة المفصليّة بسبب التهاب الغشاء الزلالى والتصاقه
 بما جاوره وقد يتجمع حول المفصل اوفي باطنه سائل هلامي ومن ذلك السائل
 تتولد التجدات اليابسة التي قد تفرق على هيئة تقط فيصاط المفصل بحبوب

صغيرة ملحمة تخرج احيانا من الجلد وقد يتجمع السائل في محل واحد وكل فوبة
 تترك حول المفصل مقداراً من هذه المادة يمتص سائلها في الفترة ويبقى في الورم
 جوهر رخو طفلي يأخذ قوامه في الزيادة تدريجاً ثم يصير صلباً سهل الكسر
 ويتكون منه فوة يرسب حولها في كل فوبة مقدار جديد من سائل يمتص
 كالاول ويترك بعده مقداراً من مادة ملحمة فتنتج من ذلك التجمعات الكبيرة
 الحجم التي قد ينتهي حالها بان تحفظ فيها حالة تهيج مستدام قد يشند فيها كرم
 السائل بمقدار وافر يتورم منه الجلد بحيث يخشى تمزقه وخروج السائل منه
 لرقته ثم يحاط الورم بهالة حمراء لعلية ويصير الالم غير مطاق وينفخ الجلد ويخرج
 منه مصل كثير واما الجوهر المتجدد في المفصل فيبقى في عرق الخراج وبعد زمن ما
 يجذب هذا الجوهر مع الصديد المتكون في القرحة وقد تستولى الغنغرينا
 على هذه القروح التي اتعالمها بطئ وعسر جداً والظواهر المرضية
 للروماتزمي كظواهر النقرسى وانما الفرق بينهما في الحالة العامة للشخص
 وظهوره فجائي في الغالب بدون سبب معلوم ويسهل تنقله ويستمر في جملة
 مفاصل ولا يعلن به علامات سابقة فينبوعه ليس خارجاً عن الشخص نهايته انه
 قد يسبقه تذكر في المزاج واحتقانات في بعض الاعضاء وسرور ودار وطنين
 في الاذن وحرارة في الحلق ورعاف وزيف وبواسيرى وخفقان ونحو ذلك من
 اعراض الامتلاء المفرط المعلن باحتواء الدم على مادة ليفية كثيرة يمكن ان تهيج
 الاعضاء التي تلامسها فيكتسب الدم حينئذ اوصافاً جديدة مهيجة ولذلك
 اذا فسد المريض تكونت الغلابة الالتهابية على الدم وبالجملة اعراضه المرضية
 كالسابقة ومعها الاعراض العامة اى اعراض الحى والصفة المميزة له هي
 تنقله ومهولة تسلطه على القلب واعراض الجرحى النهائية قد يصيب
 المنسوجات المقصية الظاهرة وقد يصيب الباطنة في الحالة الاولى اذا حصل
 الالتهاب من تور في الاربطة او روض في الاجزاء المحيطة بالمفصل انتخفت تلك
 الاجزاء مع الالم والتور والاحمرار والحرارة ويصحب ذلك اضطراب وقلق
 وحى وبقيّة العوارض الاشتراكية التابعة للالتهاب الشديد فاذا اشتد

الالتهاب استولى على الاجزاء الباطنة كالاسطح الغضروفية والمحفظة الزلالية
وانتهى بالتقيح واما الغنغرينا فنادرة ولا تحصل الامن اختناق السائل
في المفاصل فيضغط على الاوعية والاعصاب للمارة في المفصل فيستد التورم
والانتفاخ ويزرق السطح بدون زيادة حرارة ولا الم شديد ثم تخفض الحرارة
وتظهر النفاطات وبقية علامات الغنغرينا ولكن الغالب الانتهاء بالتقيح اذالم
يعالج بوسائط التحلل

وانذار النقرسى ليس محزنا لكن يحشى خطره اذا اقتطع التهابه دفعة وظهر
في عضو مهم وقد يجرم الوظائف انخراما يؤدي الى الموت لكن معظم ثقله هو
تشوه المفصل وعدم حركته ويكون اكثر ثقلا كلما كان اقدم وسيما اذا كان وراثيا
والروماتزمى ليس مهلكا بنفسه فان حصل ذلك منه كان الاهلاك منسوبا
لتوابعه كالتهاب البلورا والتامور والقلب حينما يزول ذلك الروماتزمى دفعة
وربما انتهى المزمع بعدم القدرة على المشى الا بالعكا كيز اذا كان الداء شاغلا
للرجلين وقد يصعّل العضو ويقصر اذا كان شاغلا للفرق او اركبة فينشئ
الساعد على العضد والساق على الفخذ فتقبض العضلات انقباضا دائما مؤلما
ويزيد انتفاخ المفصل بحيث تصير اجزائه كتلة واحدة متجانسة الطبيعة
كالنجم المتجدد وقد يلهب الغشاء الزلالى ويتقيح وتآكل الغضاريف
وتلين العظام وتفسد ولا تبقى واسطة الا البتر لكن هذا الانتهاء نادر واتما
الغالب زوال الالتهاب ثم تجدد بعد اشهر بل سنين فدهنه تحتلف من بعض ايام
الى سنين والجرحى الحاد يكون اقل كلما كان سببه اقوى وظاهرا منه اشد
ويزيد الخطر اذا كان هنا تفرق لتصل بحيث يدخل الهواء منه باطلاق
في الجرح واشتداد العوارض الالتهابية بماقتل اذا تهيجت الاحشاء معها
تهيجا اشتراكا والجرحى المزمن خطر دائما بل مهلكا بما بمشاركة الاعضاء
الرئيسة او بالضعف الحاصل من كثرة التقيح او من هذين السببين معا
فاتقان تشخيص تلك الابدان انما يؤخذ من البحث في الاسباب وفي كيفية
الظهور وفي الاعراض والسير والمدة فان طبيعة الاسباب توضع طبيعة التغير

الذى

الذي كابد مالمدم والسير التام للمرض فاذا قدم للطبيب شخص معه التهاب مفصلي خاد حكم بانه من طبيعة روماتزمية اذا كانت صناعته تستدعي المشقة والتعب وكان جلده رقيقا لطيفا قوى الحساسية لانتطاع البرد ويفرط في استعمال المشروبات الروحية او كان جسمه معرضا للبرد او حدث له الداء فجأة او تقدمه ببعض ساعات او يوم او يومين اعراض الجي واصيبت منه جملة مفاصل غليظة في آن واحد ووجد معه عرق كثير وكانت الثوب غير منتظمة وطال الداء مدة ايام في النسبة الاولى ويحكم بانه تقرسي اذا كان الشخص واقعا في البطالة والكسل وعدم الرياضة وياكل كثيرا اغذية دسمة وحصل له قبل ظهور الداء ايام تكدر في الهضم وظهر له الداء في الليل وفي السكون التام بدون سبب مشاهد واصيب مفصل واحد وسما مفصل ابهام القدم ولم تظهر الاعراض للعامة اى اعراض الجي الا بعد التهاب وكانت على حسب شدته وذهب التهاب بعد يوم او يومين او ثلاثة في النسبة الاولى فاذا طال اكثر من ذلك ساروا بانتظمة مدة ثلاثة ايام او اربعة فتوجد نوبه في كل مساء ولا تنتهي الا في خمسة عشر يوما تقريبا لكن لا يلزم وجود هذه الصفات كلها في هذين الداءين غير انه يكفي لتشخيص الروماتزمى اصابة جملة مفاصل كبيرة معا ويسبق التهابها جي ويكون السبب هو البرد وكثيرا ما يمكن تمييزهما باقل من ذلك اذا كان المريض اصيب قبيل ان يراه الطبيب ببعض نشبات لان صعوبة الفرق انما تكون عسرة في النسبة الاولى من الداءين فاذا كان معه انحطاط واضح تدريجي في شدة النشبات من النسبة الاولى الى التي اعرضت للطبيب كان ذلك كافيا لظن ان التهاب روماتزمى لما ثبت بالمشاهدة ان النسبة الاولى فيه تكون اقوى مما بعدها بل يندران توجد ثلاث نشبات واربع في دور الحدة وانما الغالب ان تكون ما عدا الاولى مزمنة اما اذا شوهدت النسبة اضعف وكان ما بعدها يأخذ في زيادة الشدة تدريجا قرب للعقل ان التهاب من طبيعة تقرسية لان هذا هو السير الاعتيادي للتقرسي ويزيد العسر اذا اريد التمييز بينهما في حالة ازمائهما لان الصفات حيثئذ تكون قليلة

والوجود منها يكون قليل القطعية ولكن مع ملاحظة ما سبق يمكن الوقوف على الحقيقة وهنالك احوال توجد فيها صفات كل من هذين الداءين معا وهي التي سماها اكثر المؤلفين بالالتهابات الروماتزمية النقرسية او النقرسية الروماتزمية على حسب تسلسل صفات هذا او ذاك ويقرب للعقل كما قلنا ان الدم يستجيب فيه صفة التفتيه وزيادة تحمله للمواد الغذائية وحيث قد فلا يصح نسبة الداء لواحد منهما على الخصوص

وتختلف تلك الانواع ايضا بالنظر للعلاج فالنقرسى الحاد يعالج بمضادات الالتهاب كالاصداد مع الراحة التامة والحمية القاسية واستعمال المغليات المحللة او المعركة قليلا كما مر اذ الجول والدجاج ومنقوع زهر الخبازي ولسان الثور ولسان الحمل ونحو ذلك واذا صكان الالم شديدا امر من الباطن بالمسكات والاولى حيث قد وضع العلق حول المفصل المريض وتبع بالكادات او الضمادات المرخية المخدرة ويكرر وضع العلق في الحاد وربما تقوى بالاستحمامات الموضعية المرخية المخدرة وتعالج المصاحبات بما يناسبها فاذا قصت الاعراض وقرب انتهاء النفسبة جاز ان يؤمر ببعض اغذية خفيفة وبالرياضة مشيا وركوبا لكن مع التعرّض من البرد فان ادنى شيء منه يحدد النفسبة والمسيلات خطيرة حيث قد زال الالتهاب دفعة وظهرت علامات التهاب في عضو باطنى لزم المبادرة بعلاج المرض الباطنى الجديد بوسائله المناسبة وبإبقاء الالتهاب المفصلى بضماد الخردل والاستحمامات القديمة المهيبة والحراريق والماء المغلى حول المفاصل التي كانت اولامتها ويعالج المزمن بمثل ذلك نهايته ان القصد العام فيه غير نافع وتعالج الانخرامات التي يسببها المزمن بما يناسبها فيعالج الانتفاخ الاوذى بماوى الذى يأتى بعد زوال الالم بذلك بالفلانيل المعفوس في بخار عطرى وتبخيرات وكادات من النبيذ العطرى وبالاطلية النوشادرية والمكفورة والحاملة لدهن الترميتينا وبصّب المياه القلوية والاستحمامات البخارية الكحولية وتعالج بمثل ذلك الاحتقانات والتعقدات التي تحصل في الاربطة والاوتار والانتقاصات العضلية الدائمة

فاذا

فاذا كنت تلك الانقباضات مؤلمة استعملت الضمادات الداخلة فيها القوينون
او بنحوه ولا تستعمل الوسائط السابقة الا بعد زوال الالم وبالجملة يعالج كل
عارض بما يناسبه وقد عرفنا ان السبب الرئيس لهذا النوع هو افراط المواد
المغذية في الدم فيلزم لازالة تلك الزيادة ان تقوى الافرازات فيسهل التنفيس
الجلدى بالاستحمامات والدلك والملابس من القلائل ويجرض الافراز البولى
بالمشروبات المدرة وليكن التدبير الغذائى من الخضراوات والشوربات الغير
للمدحمة وتترك النعوم والمشروبات الروحية

ويعالج الروماتزمى بنحو ذلك تقريبا اعنى بمضادات الالتهاب من الافصاد
والمشروبات المحللة كصل اللبن ومصلوقة العجول وشوربة الخضراوات
ومطبوخ الشعير المشور وعرق النجيل وبعضهم اختار ما فيه بعض تعريق
كمشقوق زهر البلسان ولسان الحمل والثور او المريمية ولكن هذه لا تسلم من الخطر
اذا كانت الطرق الهضمية منهجة ومثلها ايضا المخدرات فاذا لم تكن كذلك
كانت هذه المخدرات نافعة وسيا مسخوق ووفير فانه يجرض التنفيس الجلدى
ويسكن الوجع ويعين على النوم واما المسهلات القوية فخطرة وان مدحها
بعض الاطليين نهاية ما يكون انه لا بأس باستعمال المليينات اى المسهلات
الخفيفة ككزيت الخروع او مقدار قليل من ملح مسهل في ابتداء الداء اذا
ظن وجود سدد في المعاء الغليظ وكذلك الحقن المسهلة واما المقيينات قليلة
الاستعمال وضررها اكثر من نفعها وان شوهدا حينا تقع الطرطير المقي
فلا تمنع استعمالها بالكمية ومدحوا ايضا الغسلات الكحولية والكافورية
بان يضاف على الكافور او الكحول ماء حار وكل ذلك مع ملازمة الراحة التامة
وربما استعمل في المزمع المعرفات والمخدرات من المظاهر والباطن وربما نعت
ايضا املاح الاتيمون التى منها القرمز المعدنى والطرطير المقي وحصل نجاح
ايضا من المسهلات وسيا القوية ولكن الانفع الحارريق وانجمامات البخارية
البسيطة او الدوائية وصب الماء البسيط او الكبريتي وذكروا ايضا وسائط اخر
دوائية لهذا المزمع كالداهانات الكافورية واللودنومية ومرهم ادريودات

البوتاسة والدلك والكهربائية ومن الباطن البردانا والارينكا والد يمثال
والشمار والزنجبيل والفراسيون الايض والكينا والكبريت وقد تنفع ايضا
المحصلات والكي بالنار والاخزمية والمقصى حول المفصل المصابة وعلاج
المفصلي الجرحي الحاد يقوم من التحرس من الالتهاب لومقاومته بشدة فاذا
حصل في العضورض او توروا وتحتاج مفصلي ولم يمكن التحرز من حصول
الالتهاب لطف فيضان السائلات بغمس العضو مدة طويلة في اناه بماء بارد
باردا اي في درجة حرارة اعتيادية ويجدد الماء كلما سخن وتحفظ درجة برودته
تتبارما يسلط عليه فاذا كان موضع المفصل المصاب مانعا من استعمال
تلك الوسطة او استعملت بالفعل مدة ست ساعات او ثمان او عشر كان
لابأس باحاطة المفصل برقائد مغموسة في الماء البارد تحفظ برباط متوسط
الشدة يندى دائما بهذا السائل بحيث يبقى العضو دائما مندى بالبارد فذلك
الاستعمال مع الراحة التامة والوضع المناسب للعضو مستداما ذلك ايا ما يكن
غالب لازالة الالتهاب المفصلي ويقوى ذلك بمضادات الالتهاب من الافصاد
والحمية والمشروبات المحللة المبردة كما يعالج بذلك من الابتداء اذ انودى الطبيب
بعد ظهور الاعراض الاول للالتهاب المفصلي فان كان هنالك جرح عويج
بما يناسبه فاذا حصل في الجرح اختناق اطلق ثم ضم مع ملازمة الراحة التامة
للعضو فاذا كانت كـونت خراجات ففتح بالآلات القاطعة وغير عليها بالتغيير
المناسب والاوزاع المرخية والضغط اللطيف والراحة التامة والتدبير القاسى
ويعالج الجرحى المزمن بمضادات الالتهاب ايضا كالعلق المتكرر لكن بعد ديسير
وقرات بين الاوزاع واما استعمال المنبهات من الخارج كصب المياه المعدنية
المحمية او الكبريتية فلا تناسب لانها تثبت التهيج وتسرع الفساد ومن الخطر
وضع المصرفات القوية قريبا من الاجزاء المصابة ولذا كانت الجراحيق
والمقصى في الالتهابات المفصلية العميقة كالتهاب مفصل الفقرة والحوض
والحرقعة مع الفخذ والكثف النخج من استعمالها في مفصل الركبة والمرفق ورسغ
اليد وعظام القدمين واليدين وكانت تقع في آفات العظام او الغضل يف

او الاغشية

والاغشية الزلالية من استعمالها في التهاب الاجزاء المفصليّة السطحية
ويعالج التجمن للينفاوى او الشحمة الخالى عن الحرارة والالم بالصّب المنبه
والمرخات كذلك وممارسة الحركات وتنفع هنا المياه المعدنية الكبريتية
والمعالجة الباطنة تقوم من اغذية كافية خوفاً من انحطاط القوى ولينذر من
كثرة خوفاً من اتعاب اعضاء الهضم وتأثيرها في العضو المريض واما
نشوهات المفاصل وتعديلها فسنجعلها في مؤلف مخصوص

الفصل الرابع

في لين العظام

يسمى باليونانية راشيتس وكأن اول من وضع اسم هذا الداء جعله قاصراً على
داء السلسلة الفقرية فعنى راشيتس اى داء السلسلة ثم توسعوا فيه واطلقوه
على وجود تلك الآفة في اى عظم كان من عظام الجسم فعناه الآن لين العظام
في الاطفال وتشوّهها من المهم ان يعين نوع التغير الذاتى له وان يميز حسب
الامكان عن ما يشبهه به كثيراً كهشاشة المجموع العظمى ومهولة ثقته مهما
كان سببه ومضاعفته بكل فساد يتبعه هو كالداء الزهري الذى يأكل جوهر
العظام الطويلة بعمل التهابى او بغيره والآفات السرطانية التى تتلف
المنسوجات كذلك سواء ابتدأت بالخراج او استولت اولا على السمحاق
او الجوهر العظمى نفسه ففى تلك الآفات لا يشاهد تقوس بطى في العظام
وانما يشاهد انكسارها دفعة كأن تقص التماسك حصل في اللحمية الهلامية
اكثر منه في الجزء الكلسى اواقله حصول ذلك فيهما معاً وعكس ذلك يحصل
في اللين الحقيقى لان المنسوج العظمى فيه يميل شيئاً فشيئاً لنقص جزئه الا الى
وتعريته من الجواهر الملحية التى تقوم منها بنيتها وتعطى له قوامه وصلابته
غير ان انواع اللين ليست كلها من طبيعة واحدة اواقله ان يقال انها ليست ناشئة
من سبب واحد فليست متحدة النتائج بل اللين في الاطفال الذين يكون
الراشيتس فيهم حقيقياً تختلف طبيعته بحيث يتنوع فيهم الى جملة انواع
تستدعى احتراسات مختلفة غير ان تلك الانواع لم يكن عندنا لها الا بعض

اصول نشرحها بما شرحا عاما ونرجو بتقديم العلوم ان تتكشف لنا اصنافها
 على الحقيقة ولقد ذكرنا انواعا لهذا الداء تغالوا فيها واسسوها على اراء
 اقراضية نتج عنها الخبطه واختلاط في هذا الموضوع فلذلك لم نلتفت اليها
 ولاننا من الزلل في ذلك الا اذا ميزنا اللين في الاطفال عن ما في البالغين وان كان
 في هؤلاء قد توجد فيه صفات الراشيتين الحقيقي الذي يحصل للاطفال لكن
 الغالب انه يختلف عنه بالكلية فيكون اجتماعهما في شرح واحد غير لائق
 اذ يرتبك الطبيب حينما يرى احوالا من اللين في البالغين غير قابلة غالب الشفاء
 واحوالا من الراشيتين يمكن ايقاف سعيها وتخفيفها والطبيعة نفسها ماسكة
 لها في حدود محدودة من الشدة والمدة ومع ذلك هاتان الافتان لا يخلوان عن
 مشابهة ولكن لا يستغرب اختلافهما اذا اعتبر كون المجموع العظمى يفقد
 في البالغين التأليف والتركيب الذي اكتسبه ما بقا وفي الاطفال يتبع سير اغير
 اعتيادي في تركيبه الذي لم يزل غير تام ومن المعلوم ان السبب الخفيف قد يطبع
 في هذا المنسوج العظمى الذي هو في عنفوان تولده تنوعات مرضية لكن
 يسهل مقاومتها ومعالجتها واما الفساد اى التغير العميق للتعظم الذي حصل
 سابقا فانه يكون صادرا دائما من سبب قوى يعسر في الغالب قهره ولذلك
 نرى في الاطفال ايضا ان اختلا في الاسنان يعطى للداء صفات مختلفة
 ونعلم في البالغين استعصاء وشدة نتائجه وفي جميع الاحوال التي اتقنت
 مشاهدتها تكون العظام كقوى مبتلة قوامها كالشمع واحيانا يشاركها
 في تلك الحالة اصلب العظام حتى الاسنان وربما اجتمعت تلك الافة في الفسا
 مع الحمل فينخسف الحوض على نفسه وبضيق بحيث يعسر على القابلة ادخال
 الاصابع فيه غير انه ينفخ ويتسع برأس الجنين حتى تحصل الولادة الطبيعية
 ويندر ان تكتسب العظام في الراشيتين الحقيقي قواما يقرب للعضروفية حتى
 يصير فيها بعض قابلية للانثناء ولكن من المحقق ان منسوجها يصير اكثر هشاشة
 واستغنية فالعظام الطويلة مثلا لا يكون سمحاقها سميكاً وانما يكون شديد
 الالتصاق بالعظم وبالصفيحة الظاهرة من جوهره المتوسط المنفصلة عن

الصفحات العميقة بطبقة من منسوج اسفنجي قليل الصلابة وعلى رأى روفس
تنصل الصفحات العميقة ايضا عن بعضها بطبقات خلوية ومجموع العظم
كثيرا ما يوجد حيثئذ رخاوا عا تبا يسيل الدم من محل قطعه ولا يخرج منه
بالتحليل الكيماوى على رأى مكيل الا احد وعشرون جزءا مئنية من الصفات
الكلسية بدل ان يكون فيه تقريبا خمسين جزءا في الحالة الاعتيادية. وفي جميع
الاحوال تظهر الصفائح المندمجة نفسها قليلة الذوذة رطبة يسهل شقها
وقطعها بالشرط والجوهر المتوسط نفسه للعظام الطويلة قد يحصل فيه
تغيرات حتى ان قناته الضاعية تضيق غالبا بل وربما انسدت في محل النفوس
العظيم ونحائها يكون اكثر احرارا وقل شحمية من العادة وقد يتبدل بمصل
محركا ذكر ذلك بواير.

والاطراف المفصلية لهذه العظام تكون دائما كبيرة الحجم وعلى رأى معظم
المؤلفين ينشأ هذا الورم فيها من اتساع الخلايا في الجوهر الاسفنجي للتسويات
الغضروفية ونسبه روفس لتولد جوهر عظمى رخو على شكل اسفنج دقيق
احمر بين التسو الغضروفى والعظم نفسه قال دو جيس ومع ذلك يظهر لنا ان
الاولى ان تختل كونه انتفاخا حقيقيا للتسو الغضروفى ولقد تحقق هذا الطيب
الشاب يعنى روفس ان انتفاخ الطرف المقدم للاضلاع خصوصا ثاثنى من
انتفاخ جوهرها الاسفنجي وتحقق ايضا ان الخلايا التى يتبدأ بها تعظم التسويات
الغضروفية تكون اقطارها حيثئذ غير اعتيادية

والعظام المسطحة يوجد في وسطها ايضا اتساع الخلايا مع قص الجوهر المندمج
وقد نبه بكلار سايقا على انتفاخ وسط العظام الجدارية ووعايتة قال دو جيس
وقد رأى ان القسم المركب الذى هو منشأ التعظم لمعظم عظام الجمجمة
كالحدبات الجبهية والجبازية والحدبة القاعدية والعظام الصدغية عظيم
في الشئ اكثر منه في الاتساع واجر محد ومكون من منسوج خلايا بمستديرة
او ملتفة دودية واسعة الحدوان واكثر قواما من الغضروف فهل يستنتج من
هذه النتائج التشرىحية المرضية وجود التهاب عام في المنسوج العظمى تقول

لم يكن هناك اثر ولا علامات تعلن بحالة التهابية حادة ولم يوجد هناك ايضاً
استرخاء ولا ترشح ولا ضعف وانما العمل الاتهابي لهذا الداء لا بد وان يكون له
في الابتداء غالباً بعض فاعلية اقله ان تكون جزئية موضعية كما يؤخذ ذلك
من اعراضه ~~لكن~~ هذا الدور قصير جداً بل قد يعدم احياناً فيصح ان يظن
حصول تغير وتحول في التعظم نشأ من ضعف التأثير لا من افراطه فبقى غير تام
مدة الادوار التي اتت فيما بعد فسواء كان هناك احتقان والتهاب دوي
او ضخامة في المجموع العظمي لم يلزم من ذلك ان يكون الداء من امراض القوة
بحيث يستدعي علاجاً مضعفاً فهو تطهير السمن في الاثنا عشر اللينفارين
والالتهابات المزمنة في العقد والانف والشفتين والاحين في الخنزيرين حيث
لم يدل ذلك على قوة البنية ولا على حالة تنبه مرضى حقيقي عام

اسباب الراشقين * الغالب اصابة هذا الداء للاطفال ويظهر فيهم من سن ستة
اشهر او ثمانية الى سنتين او ثلاث وان كان قد يحصل لهم بعد ذلك كما سيأتي واما
عروضه للبالغين والشيوخ فنادر ولذا عرض لهم كان نتيجة امراض اخرى
وهناك امثلة لاصابة المولودين به ويعسر ان تعين البنية المهيمنة لهذا الداء
وكثيراً ما ينتقل بالوراثة فلذا اصيب به طفل من عائلة لم يندر مشاهدته في غيره
من عائلته كاخوته واخواته بدرجات مختلفة واذ ابحاثنا في الاصول نجد غالباً
ان منهم من كان مصاباً به في حال طفولته والغالب ملازمته للبنية اللينفاوية
نعم قديماً فارقها فتشاهد الاطفال المصابون سمر الجلود سود الشعور لكن ذلك
يكون دائماً في الاطفال البلهة فالبلاهة يقينا من اسبابها المهيمنة ~~لكن~~ البنية
المذكورة قد لا يكون لها دخل في ذلك فقد يصاب به الجنين في بطن امه وذلك
كالاطفال الذين يولدون بدون عظام وذ كرشياً من ذلك بقرط في كتابه وذكر
بيل وشوسير امثلة منهم وان كان هناك وجه للطعن في كون سبب ذلك فيهم
هو الراشقين والغالب عروض هذا الداء في احد الازمنة الاتية وهي التسنن
الاول والتسنن الثاني والبلوغ وسببها في النساء لكن يختلف فيها بالكمية والصفات
والاقسام التي يصيبها من البدن والسن الاول هو اكثر ما يغني عن ظهوره اقله

من سن الفطامة وموافقة تلك الازمنة لظهور الداء ينبغي مراعاتها في مجت
 الاعراض سواء كُنت اماعتها على ظهوره بحركتها المنبهة للبنية او بتأثيرها
 القريب في تولده وذلك لانه يعسر بل قد لا يمكن اصلا تمييز الاسباب المهيئة له
 عن الاسباب المحدثه فتشابه بعضها في الذات وكيفية التأثير ولا تختلف
 الا بدرجة فاعليتها ويصح ان تعد الانوثة من الاسباب المهيئة له فقد جعل
 دو فور نسبة البنات للصبيان في الاصابة به كنسبة خمسة عشر لواحد وجعلها
 مرحولين كنسبة عشرين لواحد لكن ذكر دو وحيث ان حقيقة ذلك انما هي
 في التقوسات التي تعرض نحو النسن الثاني او البلوغ لا الذي يحصل في السن
 الاول بقي من الاسباب المهيئة اسباب لا ينبغي اهمال ذكرها وذلك كلعظام
 الكسر القديم وكثرة تشوهات العمود الفقري فان وعائية عظامه وطبيعتها
 الاسفنجية لهما تأثير في سهولة التواءه فيمكن ان تلين الجواهر المتوسطة
 بين الفقرات وتتقاد لجهة ما او تنتفخ في جهة فتبيل العمود للجهة الاخرى
 وعما يبي . لتلك الانحناءات التقوسات الطبيعية في السلسلة لكن لا بد لصيرورة
 التقوس مرضيا ان يكون هنالك ضعف في العضلات بحيث لا تقدر على
 مقاومة ثقل الرأس والاطراف العليا وتقص في قوة تماسك الفقرات او وسائط
 انضمامها ومن المهيئت لمرض العظام الطويلة تقوساتها الطبيعية ايضا
 كالخذ فانه تقوس في الغالب بحيث يكون تحديها من الامام والوحشية
 وتأثير الفعل العضلي وثقل الجسم يؤثران هنا كما في الكسر الرديء الصلابة
 لكن ينبغي ان تعلم ان ذلك لا يكون دائما هكذا وان هذا السبب المهيء لا يمنع
 حصول الزوغان في الجهة المقابلة

ومن اقوى الاسباب التي عدوها محدثة للرأشيتس الداء الخنازيري مع ان من
 المحقق انه لم يشاهد في الخنزيرين الا زيادة في المزاج اللينقاوى وان استحالة الدرن
 والعقدهى احدى النتائج الواصفة له فيلزم ان يجزم باختلاف طبيعة الخنازير
 عن الراشيتس اختلافا تاما وذلك لانتارأينا ان المزاج اللينقاوى يبعده جعله
 شرطا لازما في اسباب الراشيتس وان الطبيب روفس أثبت ان الدرن يوجد فيه

الالتهاب استولى على الاجزاء الباطنة كالاسطحة الغضروفية والمحفظة الزلالية
وانتهى بالتقيح واما الغنغرينا فتادرة ولا تحصل الامن اختناق السائل
في المفاصل فيضغط على الاوعية والاعصاب للمارة في المفضل فيستد التورم
والانتفاخ ويرزق السطح بدون زيادة حرارة ولا الم شديد ثم تنخفض الحرارة
وتظهر النفاطات وبقية علامات الغنغرينا ولكن الغالب الانتهاء بالتقيح اذالم
يعالج بوسائط التحلل

وانذار القرسي ليس محزنا لكن يحثى خطره اذا اقتطع التهابه دفعة وظهر
في عضومهم وقد يخرم الوظائف انخراما يؤدي الى الموت لكن معظم ثقله هو
نشوء المفصل وعدم حركته ويكون اكثر ثقلا كلما كان اقدم وسيما اذا كان وراثيا
والروماتزمي ليس مهلكا بنفسه فان حصل ذلك منه كان الاهلاك منسوبا
لتوابعه كالتهاب البلورا والتامور والقاب حينما يزول ذلك الروماتزمي دفعة
وربما انتهى المزمع بعدم القدرة على المشي الا بالعكا كيز اذا كان الداء شاغلا
للرجلين وقد يضعف العضو ويقصر اذا كان شاغلا للمرفق واوركبة فينشئ
الساعد على العضد والساق على الفخذ فتنبض العضلات انقباضا دائما مؤلما
ويريد انتفاخ المفصل بحيث تصير اجزائه كتلة واحدة متجانسة الطبيعة
كالثحم المتجدد وقد يلهب الغشاء الزلالي ويتقيح وتآكل الغضاريف
وتلين العظام وتفسد ولا تبقى واسطة الالبتر لكن هذا الانتهاء نادر وانما
الغالب زوال الالتهاب ثم تجدد بعد اشهر بل سنين فعدته تختلف من بعض ايام
الى سنين والجرحى الحاد يكون اقل كلما كان سببه اقوى وظاهرا نه اشدد
ويريد الخطر اذا كان هنا تفرق لتصل بحيث يدخل الهواء منه باطلاق
في الجرح واثبتت العوارض الالتهابية ربما قتل اذا تهيجت الاحشاء معها
تهيجا اشتراكيا والجرحى المزمن خطر دائما بل مهلكا ما يشاركه الاعضاء
الرئيسية او بالضعف الحاصل من كثرة التقيح او من هذين السببين معا
فاتقان تشخيص تلك الالات انما يؤخذ من البحث في الاسباب وفي كيفية
الظهور وفي الاعراض والسير والمدة فان طبيعة الاسباب توضح طبيعة التغير

الذي

الذى كابد الملم والسير التام للمرض فاذا قدم للطبيب شخص معه التهاب مفصلي خاد حكم بانه من طبيعة روماتيزمية اذا كانت صناعته تستدعي المشقة والتعب وكان جلده رقيقا لطيفا قوى الحساسية لا تطبع بالبرد ويفرط في استعمال المشروبات الروحية او كان جسمه معرضا للبرد او حدث له الداء فجأة او تقدمه ببعض ساعات او يوم او يومين اعراض الحمى واصيبت منه جملة مفاصل غليظة في آن واحد ووجد معه عرق كثير وكانت النوب غير منتظمة وطال الداء مدة ايام في النسبة الاولى ويحكم بانه تقرسي اذا كان الشخص واقعا في البطالة والكسل وعدم الرياضة وبأكل كثيرا اغذية دسمة وحصل له قبل ظهور الداء بايام تكدر في الهضم وظهر له الداء في الليل وفي السكون التام بدون سبب مشاهد واصيب مفصل واحد وسيمافصل ايهام القدم ولم تظهر الاعراض للعامة اى اعراض الحمى الا بعد التهاب وكانت على حسب شدته وذهب التهاب بعد يوم او يومين او ثلاثة في النسبة الاولى فاذا طال اكثر من ذلك ساروا بانتظمة مدة ثلاثة ايام او اربعة فتوجد نوبه في كل مساء ولا تنتهي الا في خمسة عشر يوما تقريبا لكن لا يلزم وجود هذه الصفات كلها في هذين الداءين غير انه يكفي لتشخيص الروماتيزم اصابة جملة مفاصل كبيرة معا ويسبق التهابها حتى ويكون السبب هو البرد وكثيرا ما يمكن تمييزهما باقل من ذلك اذا كان المريض اصيب قبل ان يراه الطبيب ببعض نشبات لان صعوبة الفرق انما تكون عسرة في النسبة الاولى من الداءين فاذا كان معه انحطاط واضح تدريجي في شدة النشبات من النسبة الاولى الى التي اعرضت للطبيب كان ذلك كافيا لظن ان التهاب روماتيزمي لما ثبت بالمشاهدة ان النسبة الاولى فيه تكون اقوى مما بعدها بل يندران توجد ثلاث نشبات او اربع في دور الحدة وانما الغالب ان تكون ما عدا الاولى مزمنة اما اذا شوهدت النسبة اضعف وكان ما بعدها يأخذ في زيادة الشدة تدريجا يقرب للعقل ان التهاب من طبيعة تقرسية لان هذا هو السير الاعتيادي للتقرسي ويزيد العمر اذا اريد التمييز بينهما في حالة ازمائهما لان الصفات حيثئذ تكون قليلة

والوجود منها يكون قليل القطعية ولكن مع ملاحظة ما سبق يمكن الوقوف على الحقيقة وهنالك احوال توجد فيها صفات كل من هذين الداءين معا وهي التي سماها اكثر المؤلفين بالالتهابات الروماتزمية النقرسية او النقرسية الروماتزمية على حسب تسططن صفات هذا او ذاك ويقرب للعقل كما قلنا ان الدم ايجتمع فيه صفة التنبيه وزيادة تحصله للمواد الغنائية وحيث قد فلا يصح نسبة الداء لواحد منهما على الخصوص

وتختلف تلك الانواع ايضا بالنظر للعلاج فالنقرسى الحاد يعالج بمضادات الالتهاب كالانضاد مع الراحة التامة والحمية القاسية واستعمال المغليات المحللة والمعرفة قليلا كما مر اذ الجعول والدجاج ومنقوع زهر الخبازي ولسان الثور ولسان الحمل ونحو ذلك واذا صكان الالم شديدا امر من الباطن بالمسكات والاولى حيثئذ وضع العلق حول المفصل المريض وقبع بالكدمات او الضمادات المرخية المخدرة ويكرر وضع العلق في الحاد وربما تقوى بالاستحمامات الموضعية المرخية المخدرة وتعالج المصاحبات بما يناسبها فاذا قصت الاعراض وقرب انتهاء النسبة جاز ان يؤمر ببعض اغذية خفيفة وبالرياضة مشيا وركوبا لكن مع الحرز من البرد فان ادنى شيء منه يحدد النسبة والمسهلات خطيرة حيثئذ فاذا زال الالتهاب دفعة وظهرت علامات التهاب في عضو باطنى لزم المبادرة بعلاج المرض الباطنى الجديد بوساطة المناسبة وباحتفاظ الالتهاب المفصلى بضماد الخردل والاستحمامات القدمية المهيبة والحراريق والماء المغلى حول المفاصل التي كانت اولامتها ويعالج المزم من يمثل ذلك نهايته ان القصد العام فيه غير نافع وتعالج الانخرامات التي يسببها المزم بما يناسبها فيعالج الانتفاخ الاوذى بماوى الذى يأتى بعد زوال الالم بذلك بالقليل المغسوس في بخار عطرى وتبخيرات وكدمات من النبيذ العطرى وبالاطلية النوشادرية والمكفورة والحاملة لدهن الترميتينا وبصب المياه القلوية والاستحمامات البخارية الكحولية وتعالج بمثل ذلك الاحتقانات والتعقدات التي تحصل في الاربطة والاوتار والانتقاصات العضلية الدائمة

فاذا كانت تلك الانقباضات مؤلمة استعملت الضمادات الداخلة فيها القوينون
او نحوه ولا تستعمل الوسائط السابقة الابعد زوال الالم وبالجملة يعالج كل
عارض بما يناسبه وقد عرفنا ان السبب الرئيس لهذا النوع هو افراط المواد
المغذية في الدم فيلزم لازالة تلك الزيادة ان تقوى الافرازات فيسهل التنفيس
الجلدى بالاستعمالات والدلك والملابس من الفلاييل ويحرض الافراز البولى
بالمشروبات المدرة وليكن التدبير الغذائى من الخضراوات والشوربات الغير
للدهنة وتقلل اللحوم والمشروبات الروحية

ويعالج الروماتزمى بنحو ذلك تقريبا اعنى بمضادات الالتهاب من الافصاد
والمشروبات المحللة كحل اللبن ومخلوطة الجعول وشوربة الخضراوات
ومطبوخ الشعير المقشور وعرق النجيل وبعضهم اختار ما فيه بعض تعريق
كتقوع زهر البلسان ولسان الحمل والثور او المريمية ولكن هذه لا تنسم من الخطر
اذا كانت الطرق الهضمية متهيبة ومثلها ايضا المخدرات فاذا لم تكن كذلك
كانت هذه المخدرات نافعة وسيا مسحوق دو فرفانه يحرض التنفيس الجلدى
ويسكن الوجع ويعين على النوم واما المسهلات القوية فخطرة وان مدحها
بعض الانقيذين نهاية ما يكون انه لا بأس باستعمال اللينيات اى المسهلات
الخفيفة ككزيت الخروع او مقدار قليل من ملح مسهل في ابتداء الداء اذا
ظن وجود سدد في المعاء الغليظ وكذلك الحقن المسهلة واما المقيئات فقليلة
الاستعمال وضررها اكثر من نفعها وان شوهدها احيانا تقع الطرطير المقيء
فلا تمنع استعماله بالكيفية ومدحوا ايضا الغسلات الكؤولية والكافورية
بان يضاف على الكافور او الكؤول ماء حار وكل ذلك مع ملازمة الراحة التامة
وربما يستعمل في المزمن المعرفات والمخدرات من الظاهر والباطن وربما نعت
ايضا املاح الاتيجون التى منها القرمز المعدنى والطرطير المقيء وحصل نجاح
ايضا من المسهلات وسيا القوية ولكن الانفع الحارريق والحمامات البخارية
البسيطة او الدوائية وصب الماء البسيط او الكبريتي وذكروا ايضا وسائط اخر
دوائية لهذا المزمن كالهاتات الكافورية واللودنومية ومرهم ادريودات

البوتاسة والدلك والكهربائية ومن الباطن البردانا والارنيكا والديجيتال
والشمار والزنجبيل والفراسيون الايض والكينيا والكبريت وقد تنفع ايضا
الحصلى والكي بالنار والاخرمة والمقصى حول المفصل المصابة وعلاج
المفصل الجرحى الحاد يقوم من التحرس من الالتهاب لومقاومته بشدة فاذا
حصل في العضو رض او تور او ارتجاج مفصلى ولم يمكن التحرز من حصول
الالتهاب لطف فيضان السائلات بغمس العضو مدة طويلة في اناء مملوء ماء
باردا اى في درجة حرارة اعتيادية ويجدد الماء كلما سخن او تحتفظ بدرجة برودته
بتيار ماء يسيل عليه فاذا كان موضع المفصل المصاب مانعا من استعمال
تلك الوسطة او استعملت بالفعل مدة ست ساعات او ثمان او عشر كان
لابأس باحاطة المفصل برقائق مغموسة في الماء البارد تحتفظ برباط متوسط
الشدة يندى دائما بهذا السائل بحيث يبقى العضو دائما مندى بالبارد فذلك
الاستعمال مع الراحة التامة والوضع المناسب للعضو مستداما ذلك ايا ما يكن
غالب الازالة للالتهاب المفصلى ويقوى ذلك بمضادات الالتهاب من الافصاد
والحمية والمشروبات المحللة المبردة كما يعالج بذلك من الابتداء اذا نوى الطبيب
بعد ظهور الاعراض الاول للالتهاب المفصلى فان كان هناك جرح عولج
بما يناسبه فاذا حصل في الجرح اختناق اطلق ثم ضم مع ملازمة الراحة التامة
للعضو فاذا كانت كونه خراجات فتمت بالالات القاطعة وغير عليها بالتغيير
المناسب والاوزاع المرخية والضغط اللطيف والراحة التامة والتدبير القاسى
ويعالج الجرحى المزمن بمضادات الالتهاب ايضا كالعلق المتكرر لكن بعد ديسين
وقترات بين الاوزاع واما استعمال المنبهات من الخارج كصب المياه المعدنية
المحمية او الكبريتية فلا تناسب لانها تثبت التيج وتسرع الفساد ومن الخطر
وضع المصريات القوية قريبا من الاجزاء المصابة ولذا كانت الحرايق
والمقصى في الالتهابات المفصلية العميقة كالتهاب مفصل الفقرة والحوض
والحرقعة مع الفخذ والكتف النجم من استعمالها في مفصل الركبة والمرفق وورسخ
اليد وعظام القدمين واليدين وكانت تقع في آفات العظام او الغضاريف

او الاغشية

او الاغشية الزلالية من استعمالها في التهاب الاجزاء المفصليّة السطحية
ويعالج التيجن الليسفاوى او التجمي الخالى عن الحرارة والام بالصب المنبه
والمروحات كذلك وممارسة الحركات وتنفع هنا المياه المعدنية الكبريتية
والمعالجة الباطنة تقوم من اغذية كافية خوفا من انحطاط القوى ويجذر من
كثرتها خوفا من اتعاب اعضاء الهضم وتأثيرها في العضو المريض واما
نشوهات المفاصل وتعد يلها فسنجعلها في مؤلف مخصوص

الفصل الرابع

في لين العظام

يسمى باليونانية راشيتس وكان اول من وضع اسم هذا الداء جعله قاصرا على
داء السلسلة الفقرية فعنى راشيتس اى داء السلسلة ثم توسعوا فيه واطلقوه
على وجود تلك الآفة في اى عظم كان من عظام الجسم فعناه الان لين العظام
في الاطفال وتشوهها من المهم ان يعين نوع التغير الذاتى له وان يميز حسب
الامكان عن ما يشبهه به كثيرا كهشاشة المجموع العظمى وسهولة تفتته مهما
كان سببه ومضاعفته بكل فساد يتبعه هو كالداء الزهرى الذى يأكل جوهر
العظام الطويلة بعمل التهابى او بغيره والافات السرطانية التى تتلف
المنسوجات كذلك سواء ابتدأت بالنخاع او استولت اولا على السمحاق
او الجوهر العظمى نفسه ففي تلك الافات لا يشاهد تقوس بطى في العظام
وانما يشاهد انكسارها دفعة كأن ينقص التماسك حصل في اللحمة الهلامية
اكثر منه في الجزء الكلسى او اقله حصول ذلك فيهما معا وعكس ذلك يحصل
في اللين الحقيقى لان المنسوج العظمى فيه يميل شيئا فشيئا لنقص جزئه الا الى
وتعريضه من الجواهر الملحية التى تقوم منها بنينه وتعطى له قوامه وصلابته
غير ان انواع اللين ليست كلها من طبيعة واحدة او اقله ان يقال انها ليست ناشئة
من سبب واحد فليست متحدة التاثير بل اللين في الاطفال الذين يكون
الراشيتس فيهم حقيقيا تختلف طبيعته بحيث يتنوع فيهم الى جملة انواع
تستدعى احتراسات مختلفة غير ان تلك الانواع لم يكن عندنا لها البعض

اصول نشرحها بما شرعا عاما ونرجو بتقدم العلوم ان تتكشف لنا اصنافها
 على الحقيقة ولقد ذكرنا انواعا لهذا الداء فقالوا فيها واسسوها على اراء
 افتراضية نتج عنها الخبطة واختلاط في هذا الموضوع فلذلك لم نلقت اليها
 ولاننا من الزلل في ذلك الا اذا ميزنا اللين في الاطفال عن ما في البالغين وان كان
 في هؤلاء قد توجد فيه صفات الراشيتين الحقيقي الذي يحصل للاطفال لكن
 الغالب انه يختلف عنه بالكلية فيكون اجتماعهما في شرح واحد غير لائق
 اذ يرتبك الطبيب حينما يرى احوالا من اللين في البالغين غير قابلة غالب بالشفاء
 واحوالا من الراشيتين يمكن ايقاف سعيها وتخفيفها والطبيعة نفسها ما سكة
 لها في حدود محدودة من الشدة والمدة ومع ذلك هاتان الاقنان لا يخلوان عن
 مشابهة ولكن لا يستغرب اختلافهما اذا اعتبر كون المجموع العظمى يفقد
 في البالغين التأليف والتركيب الذي اكتسبه ما بقا في الاطفال يتبع سير اغير
 اعتيادي في تركيبه الذي لم يزل غير تام ومن المعلوم ان السبب الخفيف قد يطبع
 في هذا المنسوج العظمى الذي هو في عنقوان تولده تنوعات مرضية لكن
 يسهل مقاومتها ومعالجتها واما الفساد اى التغير العميق للعظم الذي حصل
 سابقا فانه يكون صادرا دائما من سبب قوى يعسر في الغالب قهره ولذلك
 نرى في الاطفال ايضا ان اختلافا في الاسنان يعطى للداء صفات مختلفة
 ونعلم في البالغين استعصاء موشدة نتاجه وفي جميع الاحوال التي اتقنت
 مشاهدتها تكون العظام كقوى مبتلة قوامها كالشمع واحيانا يشاركها
 في تلك الحالة اصلب العظام حتى الاسنان وربما اجتمعت تلك الافة في النساء
 مع الحمل فينخسف الحوض على نفسه وبضيق بحيث يعسر على القابلة ادخال
 الاصابع فيه غير انه ينفخ ويتسع برأس الجنين حتى تحصل الولادة الطبيعية
 ويندر ان تكنسب العظام في الراشيتين الحقيقي قواما يقرب للعضروفية حتى
 يصير فيها بعض قابلية للانثناء ولكن من المحقق ان منسوجها يصير اكثر هشاشة
 واسفنجية فالعظام الطويلة مثلا لا يكون سمعا قها سميك وانما يكون شديد
 الالتصاق بالعظم وبالصفيحة الظاهرة من جوهره المتوسط المنفصلة عن

الصفحات العميقة بطبقة من منسوج اسفنجي قليل الصلابة وعلى رأى روفس
تتصل الصفحات العميقة ايضا عن بعضها بطبقات خلوية ومجموع العظم
كثيرا ما يوجد حيث نذ رخو او عاينا يسيل الدم من محل قطعه ولا يخرج منه
بالتحليل الكيماوى على رأى مكيل الاحد وعشرون جزءا منية من الصفات
الكلسية بدل ان يكون فيه تقريرا خمسين جزءا في الحالة الاعتيادية. وفي جميع
الاحوال تظهر الصفائح المنديجة نفسها قليلة اللدونة رطبة يسهل شقها
وقطعها بالشرط والجوهر المتوسط نفسه للعظام الطويلة قد يحصل فيه
تغيرات حتى ان قنانه الخشاعية تضيق غالبا بل ربما انسدت في محل النفوس
العظيم ونحاهها يكون اكثر احمرارا واقل شحمية من العادة وقد يتبدل بمصل
مجر كما ذكر ذلك بواير.

والاطراف المفصلية لهذه العظام تكون دائما كبيرة الحجم وعلى رأى معظم
المؤلفين ينشأ هذا الورم فيها من اتساع الخلايا في الجوهر الاسفنجي للتوات
الغضروفية ونسبه روفس لتولد جوهر عظمى رخو على شكل اسفنج دقيق
احمر بين التوات الغضروفى والعظم نفسه قال دوجيس ومع ذلك يظهر لنا ان
الاولى ان نختار كونه انتفاخا حقيقيا للتوات الغضروفى ولقد تحقق هذا الطبيب
الشاب يعنى روفس ان انتفاخ الطرف المقدم للاضلاع خصوصا لثنى من
انتفاخ جوهرها الاسفنجي وتحقق ايضا ان الخلايا التى يتبدأ بها معظم التوات
الغضروفية تكون اقطارها حيث نذ غير اعتيادية

والعظام المسطحة يوجد في وسطها ايضا اتساع الخلايا مع تقص الجوهر المنديج
وقد نبه بكلار سايقا على انتفاخ وسط العظام الجدارية ووعايتة قال دوجيس
وقد رأينا ان القسم المركب الذى هو منشأ التعظم لمعظم عظام الجسم
كالجذبات الجبهية والجدارية والحذبة القاعدية والعظام الصدغية عظيم
في النخاع اكثر منه في الاتساع واحمر محدد ومكون من منسوج خلايا مستديرة
او ملتفة دودية واسعة الحدودان واكثر قواما من الغضروف فهل يستفج من
هذه الماتناج التشرىحية المرضية وجود التهاب عام في المنسوج العظمى تقول

لم يكن هنالك اثر ولا علامات تعلن بحالة التهابية حادة ولم يوجد هنالك ايضاً
استرخاء ولا ترشح ولا ضعف وانما العمل الالتهابي لهذا الداء لا بد وان يكون له
في الابتداء غالباً بعض فاعلية اقله ان تكون جزئية موضعية كما يؤخذ ذلك
من اعراضه ~~لكن~~ هذا الدور قصير جداً بل قد يعدم احياناً فيصح ان يظن
حصول تغير وتحول في التعظم نشأ من ضعف التأثير لا من افراطه فبقى غير تام
مدة الادوار التي اتت فيما بعد فسواء كان هنالك احتقان او التهاب دوى
او ضخامة في المجموع العظمي لم يلزم من ذلك ان يكون الداء من امراض القوة
بحيث يستدعى علاجاً مضعفاً فهو تطهير السمن في الاثنا عشر الليسفاوين
والالتهابات المزمنة في العقد والانف والشفتين والاخين في المختزين حيث
لم يدل ذلك على قوة البنية ولا على حالة تنبه مرضى حقيقي عام

اسباب الراشقة * الغالب اصابة هذا الداء للاطفال ويظهر فيهم من سن ستة
اشهر او ثمانية الى سنتين او ثلاث وان كان قد يحصل لهم بعد ذلك كما سيأتي واما
عروضه للبالغين والشيوخ فنادر واذا عرض لهم كان نتيجة امراض اخرى
وهناك امثلة لاصابة المولودين به ويعسر ان نعين البنية المهيمنة لهذا الداء
وكثيراً ما ينتقل بالوراثة فلذا اصيب به طفل من عائلة لم يندر مشاهدته في غيره
من عائلته كاخوته واخوانه بدرجات مختلفة واذا بحثنا في الاصول نجد غالباً
ان منهم من كان مصاباً به في حال طفولته والغالب ملازمته للبنية الليسفاوية
نعم قد يفارقها فتشاهد الاطفال المصابون سمر الجلود سود الشعور لكن ذلك
يكون دائماً في الاطفال البلهة فالبلاهة يقيناً من اسبابها المهيمنة ~~لكن~~ البنية
المذكورة قد لا يكون لها دخل في ذلك فقد يصاب به الجنين في بطن امه وذلك
كالاطفال الذين يولدون بدون عظام وذ كرشياً من ذلك بمرأ في كتابه وذ كر
فيل وشوسير امثلة منهم وان كان هنالك وجه للطعن في كون سبب ذلك فيهم
هو الراشقة والغالب عروض هذا الداء في احد الازمنة الاربعة وهي التسن
الاول والتسن الثاني والبلوغ وسما في النساء لكن يختلف فيها بالكثر والصفات
والاقسام التي يصيبها من البدن والسن الاول هو اكثر ما يغني على ظهوره اقله

من سن الفطامة وموافقة تلك الازمنة لظهور الداء ينبغي مراعاتها في بحث
 الاعراض سواء كانت اعانتها على ظهوره بحركتها المنبهة للبنية او بتأثيرها
 القريب في تولده وذلك لانه يعسر بل قد لا يمكن اصلا تمييز الاسباب المهيئة له
 عن الاسباب المحدثة فتشابه بعضها في الذات وكيفية التأثير ولا تختلف
 الا بدرجة فاعليتها ويصح ان تعد الانوثة من الاسباب المهيئة له فقد جعل
 دو فور نسبة البنات للصبيان في الاصابة به كنسبة خمسة عشر لواحد وجعلها
 مر جولين كنسبة عشرين لواحد لكن ذكر دو جيس ان حقيقة ذلك انما هي
 في التقوسات التي تعرض نحو التسن الثاني او البلوغ لا الذي يحصل في السن
 الاول بقي من الاسباب المهيئة اسباب لا ينبغي اهمال ذكرها وذلك كالحمام
 الكسر القديم وكثرة تشوهات العمود الفقري فان وعائية عظامه وطبيعتها
 الاسفنجية لهما تأثير في سهولة التواءه فيمكن ان تلين الجواهر المتوسطة
 بين الفقرات وتتقاد بلجهة ما او تنفخ في جهة فتميل العمود للجهة الاخرى
 ونماحي . لتلك الانحناءات التقوسات الطبيعية في السلسلة لكن لا بد لصيرورة
 التقوس مرضيا ان يكون هنالك ضعف في العضلات بحيث لا تقدر على
 مقاومة ثقل الرأس والاطراف العليا وتقص في قوة تماسك الفقرات او وسائط
 انضمامها ومن المهيئت لمرض العظام الطويلة تقوساتها الطبيعية ايضا
 كالخذ فانهما تقوس في الغالب بحيث يكون تحدبها من الامام والوحشية
 وتأثير الفعل العضلي وثقل الجسم يؤثران هنا كما في الكسر الرديء الصلابة
 لكن ينبغي ان تعلم ان ذلك لا يكون دائما هكذا وان هذا السبب المهيء لا يمنع
 حصول الزوغان في الجهة المقابلة

ومن اقوى الاسباب التي عدوها محدثة للرأشيتس الداء الخنازيري مع ان من
 المحقق انه لم يشاهد في الخنزيرين الا زيادة في المزاج اللينفاوى وان استحال الدرن
 والعقد هي احدى النتائج الواصفة له فيلزم ان يجزم باختلاف طبيعة الخنازير
 عن الراشيتس اختلافا تاما وذلك لا تنارأينا ان المزاج اللينفاوى يبعده جعله
 شرطا لازما في اسباب الراشيتس وان الطبيب روفس أثبت ان الدرن يوجد فيه

على سبيل الندرة لانه لم يجده في الرثين او غيرهما الا في ست مرات من عشرين
 ما نوا بهذا الداء واما الكثير في كل من الداءين فهو ان كلا منهما يتولد من تأخير
 اسباب مضعفة طويلة المدة كالرضاعة الغير المنتظمة والغير الكافية ولبن
 المرضعة التي صارت حاملا والقطامة قبل اوانها او المتجاوزة اوانها واستعمال
 الاغذية القليلة التغذية او الرديئة الطبيعة والسكنى في الاماكن الرطبة
 او العتمة او الباردة او الفاسدة الهواء ومن فساد الهواء تحمله لروائح خبيثة
 وعامة بلادنا تعرف ذلك وقال دوجيس قدراً ينشأ من اولاد الاغنياء اطفالا
 اصيبوا بهذا الداء بسبب افراطهم في الاستحمامات الفاترة او بسبب اصابهم
 بامراض حادة تكررت فيهم وامر لهم باستفراغات دموية كثيرة

اعراض هذا الداء وادواره قد سبق لنا ان مدة التسنن الاول اعني من السنة
 الاولى الى الرابعة هي التي يظهر فيها هذا الداء غالباً وينمو القابل له واما
 مدة التسنن الثاني فتندر اصابة الاطراف فيه اذ لم يصل الداء لذلك في السن
 الاول وانما اصابته حينئذ تكون للسلسلة فقط والحوض في البنات من حيث
 انه لم يصل الى الآن لتنام نموه يمكن ان يحصل فيه من ذلك تشوه عظيم
 اما اذا حصل الداء في سن البلوغ فان الحوض يبقى في الحالة الطبيعية مهما كان
 زوغان السلسلة واولى من ذلك اذا ظهر مدق الحمل زوغان في السلسلة معسوب
 بقصر فيها ولم يحصل ذلك مدة الطفولية الاولى وربما سهل في الطفل الحكم
 بعروض داء الحذب قبل حصوله مع ان محنته لا توجد فيها الصفات الاتية
 قبل تقدم الداء يكون الوجه في الغالب منبججاً من الجانبين والانف بارزاً
 والفك العلوي متقدماً والرأس بحسب الظاهر اعظم حجماً وان لم يكن كذلك
 في الحقيقة وتظهر الاطراف طويلة دقيقة لانها لكونها حافظة لاستقامتها
 تظهر اطول بالنسبة للبدن الذي قصر بالتواء السلسلة وتوجد تلك الهيئة
 الظاهرية بالاكثر في الاطراف العليا ويظهر ان الايدي والاصابع استدقت
 ولبن العظام في السن الاول قد يحصل احياناً فجأة بحالة حصى قليلة الشدة مع
 قلة شبيهة وعدم امكان الاستمسك في الوقوف واللام في الاطراف وتكرر

في البول ونحو ذلك وقد لا توجد تلك الاعراض اولا تظهر الا وقت ازدياد
 خجائ في شدة الداء وانما يظهر في الابتداء بضعف وهبوط وانتقاع لون وانتقاع
 في المفصل اذ ارأته العامة تقول قد اصاب هذا الطفل بلين العظام واحيانا
 تكون العلامة الاولى الظاهرة هي تشوه لى تقوس يحصل سريعا في وسط عظم
 طويل او جملة عظام معا ثم تلك التشوهات سواء حصلت كلها معا او على
 التتابع تميل للزيادة تارة بدون استواء وتارة مع استواء وربما وصلت الى حد
 بحيث يعسر ان يعرف كيف يتيسر حفظ الحياة في جسم ردىء الصفات هكذا
 بل ربما وصل الطفل لسن البلوغ مع ان طوله لا يبلغ قدما وقد شوهد ذلك
 سنة ١٨٤٤ عيسوية في امرأة حملت وهي في تلك الحالة وولدت بالعملية
 القيصرية في بيت الرحمة بباريس وماتت عقب هذه العملية والتشوهات
 الرئيسة التي تحصل لهؤلاء الأشخاص بعد تبس اعضائهم هي ان الرأس
 يكون في الغالب غليظا ويزيد انتفاخه بالاكثر من الخلف ذاهبا من الصدغين
 وتبقى العين بازرة ولا سيما الفك السفلي فانه يتقوس ويكون تقعيه الى الاعلى
 ويتقدم امام عظام الفك الاعلى وتكون الاسنان في الغالب وسخية واقله
 ان تكون محزنة بالعرض

واما السلسلة فتحفظ احيانا استقامتها في وسط التشوهات العامة او تكون
 اقل تشوها من الاطراف السفلي ولذلك لا يندر ان يشاهد شخص معوج
 الساقين وغير احدب وان كان الغالب سيرهاتين الا قتين معا لكن تشوه
 السلسلة وان كان الغالب حصوله هنا بعد تشوه غيرها من اجزاء الجسم الان
 تغيراتها قد تكون عميقة فان هناك احوالا تلتف فيها السلسلة بحيث يقرب
 اتجاه بعض اجزائها لان يكون بالعرض وربما امتد ذلك الزوغان للحوض
 وبذلك يعلم سبب عدم انتظام الشكل في معظم الاحواض المعيبة فيدون
 ان تطيل الكلام بما هو مذكور في غير هذا المحل نقول مثلا اذا كان القسم
 الظهري مقوسا الى اليمين فالقسم القطني من السلسلة يذاهبه الى اليسار
 يضغط بانحراف على قاعدة العجز ويتهر على الانحناء في الجانب المقابل بحيث

يضيق الجانب الايمن من الحوض واما في النساء المعوجة سوقهن المستقيمة
سلسلتهم فيكون الحوض فيهن ضيقا الا انه متساوى القسمة من الجانبين وفي
جميع هذه الاحوال تنشوء عظام الحرقفة بالاكثر باعتبار ان انحرافها الطبيعي
وبالاكثر انثناء الواضح لجزئها المجبى العاني على الجزء الخرجي وما عدا ذلك
تبلغ كلها اقطارا اقل جدا من اقطارها الاعتيادية فاذا كان تشوه
السلسلة عظيما لم يمكن ان تحفظ الاضلاع حالة انتظامها فكما يلزم ان تقرب
للجانب المتعرج وتبعد عن الجانب المحدث من العمود الفقري كذلك تدبر الفقرات
دائما ووجهها المقدم جهة التعذب فتلطف تلك العظام حينئذ على محورها مع
كونها تنحني وتنشوء بان تسلك من جانب وترقى من جانب آخر فيتبع ذلك
ان في الجانب المحدث تذهب التواءات المستعرضة الى الخلف وتتبعها
الاضلاع ايضا ويقوم من ذلك ابرز جزء في الحذبة وزواياها مع كونها
اكثر انحناء من العادة ليست اقل تقهقرا ايضا بالنسبة لاضلاع الجانب
المعرج فلذلك ينبعج الجزء المقدم من الصدر في محاذات الحذبة الظهرية ويبرز
في الجانب المقابل لذلك بل قبل ان تنشوء العمود الفقري تشوها عظيما
يشاهد في بعض الاطفال الذين معهم لين العظام حتى بعد الولادة ببعض اشهر
تغير عظيم في شكل اضلاعهم فاذا كان الداء خفيفا يكون اللين العام قليل العظم
ويريد النقوس الطبيعي للاضلاع نحو الزاوية ويضيق الصدر بالعرض ويريد
نقوس غضاريف الاضلاع سواء في جميع طولها او قرب القص فقط واما
اذا كان الداء عميقا فان الجزء المتوسط من الاضلاع ينحسف الى الباطن
وينبعج الصدر نحو القسم الشدي وقليل من الخلف بحيث قد يظن ان هذه
الانحناسات ناشئة من الضغط الحاصل من اذرعة الطفل وهو في قفاه
المشدود جدا بخلاف الجزء السفلي من الصدر فانه يتسع حتى يتوافق مع عظم
البطن الغالب في مثل تلك الحالة

والغالب ان يكون القص بارزا مقوسا على سطحه من الامام الى الخلف
والترقوتان قد يحصل فيهما تشوه عظيم فيزيد تقوسهما الطبيعي الى الامام

بمحيط بصيرزاويا تشوه الكتفين فادر والتغيرات التي تحصل لهما من تشوه الصدر ليست عظيمة الاهتمام في حركة التنفس وبقية عظام اليد يحصل فيها قصر عظيم ولا سيما الاصابع فانها تقصر وتصلب وتتعدد والسلاميات تنسج احيانا في الطول والعرض والعضد قد يتقوس بحيث يقرب لشكل الياء المقطوعة اى السين الا فرنجية والساعد يعوج الى الانسية وكذلك الفخذان قد تلتفان مثل الشكل المذكور في العضد فالجزء العلوى ينثنى الى الانسية والسفلى الى الوحشية وعلى حسب غلبة احد التقوسين وزيادة اتفاخ احد التوسين العقدين على الآخر تذهب الركبتان الى الانسية فيحصل من ذلك الصكك وتلك الحالة تؤثر ايضا في اتجاه عظام الساق وتقوسها فالغالب ان القصبة تنحدر الى الامام والوحشية ولا تكاد هذا الانحناء الا في نحو ثلثها السفلى ويندر ان تنحني في جزئها العلوى الى الامام والانسية وشوه زيادة التقوس فيها حتى صار الشخص يرتكز على الارض بساقه كما يرتكز بقدمه والغالب ان يتكون من القصبتين في الجانبين شكل البسي اى ذو قطع ناقص تحده به من الوحشية وتقعره من الانسية فتنتج من تلك التشوهات التقوسات المتخالفة وقصرها تين الرجلين التابع لذلك ان الشخص في المشي يخط نصف دائرة التفاف ولا يتقدم الى الامام الا مع تراكب القدمين على بعضهم وذلك يعطيه مشية مخصوصة

التشخيص * من المهم بالاكثر تذكار الظاهرات الاولى التي توجد عند ظهور الداء وكذا درجاته الاولى في الاحوال التي يكون الظهور فيها بطيئا فيخفى حصوله في السن الاول للاطفال المتألمة اذا كان الرأس كبيرا الحجم والبطن كبيرا ايضا والساقان دقيقتين ضعيفتين ومفاصل الركبة ورسغ اليد عظيمة الانتفاخ والتسنن شافا وبكرت الاسنان بالتغير اللين وتقوست الساقان وبرزت الترقوتان وانخفضت الاضلاع مع قصر التنفس وزيادة الاستعداد للزكام فهذه هي العلامات الاولى التي تعلن بظهور الداء اما في الاسنان الاتية بعد فلا يعول بالاكثر الا على زوغان القامة والهيئات الرديئة التي تشاهد في الطفل فلا يعسك

نفسه الاستسما كما ردينا فاذا اضطر لعديل قامته شوهد ان احد المنكبين
 يكون اقوى من الآخر وارتفاع منه والغالب ان يكون ذلك هو المنكب الايمن
 وانما ارتفاع لان القسم الظهري اتجه لذلك الجانب وتقوس نحو ثلثه العلوى
 فاذا حصل التقوس من الاسفل حصل في بعض الاحيان ان الجزء العلوى
 من القسم الظهري كالعنق ايضا يتجه للجهة المقابلة لاجل المعادلة فالمنكب
 الايسر يظهر انه ليس بارفع وانما يكون اقوى من الآخر وتكون العضلة
 المربعة المنخرقة اعظم سمكا وفي جميع الاحوال يصير الجانب الايمن من الصدر
 اكثر تقبلا واما الجانب الايسر فيذهب الى الداخل ويتكون فيه انخفاض
 عمقه يزيد بزيادة الزوغان وقد اعتيد في هذا الزوغان المبتدأ على البحث مع
 غاية الانتباه في جملة التتواتر الشوكية وهو بحث لا ينبغي اهماله لكن ينبغي
 ان نعلم ان اعتباراتها لا يؤخذ منها مقدار شدة الانحراف والفساد فانه اذا انقضى
 النظر لمحة على سلسلة مشوهة جدا شوهد ان جسم الفقرات يكون اكثر زوغانا
 من نتواترها الشوكية فللاول اعنى الجسم يتجه جدا نحو الخدب واما الاخير
 اعنى التتواتر الشوكى فيقرب من الخط المتوسط ومع ذلك يكون ابعده عنه
 مما اذا لم تكن كبد الفقرات الاحركة دوران بسيط على محورها لان هذا التتو يحصل
 فيه ايضا زوغان مخصوص بحيث ان الفقرة المصابة بالداء كلها مشوهة
 بالتفرطح الغير المستوى في جسمها الذى قد يكون ارتفاعه من جانب مزدوج
 ارتفاع الجانب الآخر تكون ايضا منثنية على خطها المتقدم الخلقى فالجسم
 والتتواتر الشوكى فيهما ميل لان يذهبا للجانب المخدب من الحدة فيضيقان بذلك
 الميزاب الفقري من هذا الجانب نفسه فهذه هي الظاهرات التى تشاهد فيمن معه
 هذا اللين ولا تكلم هنا على اللين العتيق للعظام لانهم يعرف بنفسه وانما نذكر
 كلمات في اشتباه اللين المبتدأ وسيا الجز في بعض آفات

فاولا الهيئات المعيبة الناشئة من الاعيلاء الرديئة او من الضعف فانها
 كثيرا ما تنسب للين العظام ويعالجونها بالوسائط المتعبة المنسوبة بلصناعة
 التعديل مع ان الحقويات والملابس تنكفي غالب الزوالها والعلامة

الواصفة لهذه الحالة هي امكان الاعتدال التام من ذاته اذا قبض الطفل الصغير عضلاته اما الزوغانات الناشئة عن اللين الحقيقي فان معها آفة في الفقرات نفسها او في وسائط ارتباطاتها فمع طول الزمن تنشوه تلك العظام ولا يشك في انها كانت لينة قبل ذلك ويمكن ايضا ان يكون انتفاخها غير متساو في جميعها بل قد يصل التغير الى درجة الاستحالة التامة وثانيا قد يحصل من الاستحالة الدرية في العقد ما يحصل من هذا الداء بل قد توجد معه فتعد من نتائجها اومضاعفاته مع انه يوجد في هذه الحالة آلام موضعية وعوارض شللية لاتشاهد في الحذب البسيط والحذب النائي من تلك الاستحالة يكون ابرز من الخلف ويقل كونه جانبيا وانما الغالب كونه متوسطا لكن لا يلزم وجود تلك الاستحالة في كل حدة متصفة بذلك وانما ذلك دليل على استعداد عظيم لهذا التضاعف المزم الذي يخالف التحذب الحقيقي المسمى بداء بوط لان هذا التحذب يكون محدودا وتقوسه زاويا ويتميز ب بروز تشوكمي اوتوين ويوجد معه في الغالب بريليخيا اى شلل النصف السفلى من الجسم وثالثا قد يحصل زوغان لققرة مثلا قليل السعة جدا بدون سبب معروف وبدون مرض سابق او حاضر كما شاهد ذلك دوجيس في الفقرة السابعة الخريزية بحيث كان لا يدرك تشوهها الا مع غاية الانتباه ورابعا هنالك حالة مهمة ايضا وهي التي ينتهي فيها العمود الفقري من ضمور احد نصفي الصدر فالتقوس حينئذ يكون جانبيا لطيفا مستويا ويتم ايضا حده بالبحث التلم في الصدر قال دوجيس قد رأينا حالة فيها تجمع صديدي في الصدر مع خراج تحت الجلد فظنوا ذلك تقوسا في الفقرات بسبب اعوجاج حصل من ذلك في السلسلة ورأينا بنظير ذلك بنتا صغيرة نسبوا تشوهها الوقعي لضمور متوهم في احدى الرئتين وقد يوجد في بعض الأشخاص من تأثير سبب شبيه بذلك نوع آخر من التقوس السلسلي فن ذلك انني جيدة التكون لكن كان معها اتبعاج في جانبي الصدر من الامام تحت الترقوتين وبروز من الخلف للمنكبين كلهم فان اتان من تقوس السلسلة التي كانت مقصورة من الخلف

البوتاسة والدلك والكهربائية ومن الباطن البردانا والارنيكا والديجتال
والشمار والزنجبيل والفراسيون الايض والكينيا والكبريت وقد تنفع ايضا
الحمضات والكي بالنار والاخرمة والمقصى حول المفصل المصابة وعلاج
المفصل الجرحي الحاد يقوم من التحرس من الالتهاب لمقاومته بشدة فاذا
حصل في العضو رض او تور او ارتجاج مفصلي ولم يمكن التحرز من حصول
الالتهاب لطف فيضان السائلات بغمس العضو مدة طويلة في اناء مملوء ماء
باردا اى في درجة حرارة اعتيادية ويجدد الماء كلما سخن او تحفظ درجة برودته
بتيار ماء يسيل عليه فاذا كان موضع المفصل المصاب مانعا من استعمال
تلك الوسطة او استعملت بالفعل مدة ست ساعات او ثمان او عشر كان
لابأس باحاطة المفصل برقائد مغموسة في الماء البارد تحفظ برباط متوسط
الشدة يندى دائما بهذا السائل بحيث يبقى العضو دائما مندى بالبارد فذلك
الاستعمال مع الراحة التامة والوضع المناسب للعضو مستداما ذلك ايا ما يكن
غالب الازالة للالتهاب المفصلي ويقوى ذلك بمضادات الالتهاب من الافصا
والحمية والمشروبات المحللة المبردة كما يعالج بذلك من الابتداء اذا نوى الطبيب
بعد ظهور الاعراض الاول للالتهاب المفصلي فان كان هناك جرح عولج
بما يناسبه فاذا حصل في الجرح اختناق اطلق ثم ضم مع ملازمة الراحة التامة
للعضو فاذا كانت تكونت خراجات فتمت بالآلات القاطعة وغير عليها بالتغيير
المناسب والاضاع المرخية والضغط اللطيف والراحة التامة والتدبير القاسى
ويعالج الجرحى المزمن بمضادات الالتهاب ايضا كالعلق المتكرر لكن بعد ديسين
وقرات بين الاوضاع واما استعمال المنبهات من الخارج كصب المياه المعدنية
المحمية او الكبريتية فلا تناسب لانها تثبت التيج وتسرع الفساد ومن الخطر
وضع المصرفات القوية قريبا من الاجزاء المصابة ولذا كانت الجرايق
والمقصى في الالتهابات المفصلية العميقة كالتهاب مفصل الفقرة والحوض
والحرقعة مع الفخذ والكتف النجم من استعمالها في مفصل الركبة والمرفق ورسغ
اليد وعظام القدمين واليدين وكانت تقع في آفات العظام او الغضاريف

او الاغشية

او الاغشية الزلائية من استعمالها في التهاب الاجزاء المفصلية السطحية
ويعالج التيجن للينفاوى او الشحمى الخالى عن الحرارة والالم بالصب المنبه
والمرخات كذلك وممارسة الحركات وتنفع هنا المياه المعدنية الكبريتية
والمعالجة الباطنة تقوم من اغذية كافية خوفا من انحطاط القوى وليحذر من
كثرها خوفا من اتعاب اعضاء الهضم وتأثيرها في العضو المريض واما
نشوهات المفاصل وتعديلها فسنجعلها في مؤلف مخصوص

الفصل الرابع

في لين العظام

يسمى باليونانية راشيتس وكأن اول من وضع اسم هذا الداء جعله قاصرا على
داء السلسلة الفقرية فعنى راشيتس اى داء السلسلة ثم توسعوا فيه واطلقوه
على وجود تلك الآفة في اى عظم كان من عظام الجسم فعناه الان لين العظام
في الاطفال وتشوهها من المهم ان يعين نوع التغير الذاتى له وان يميز حسب
الامكان عن ما يشبهه به كثيرا كعشاشة المجموع العظمى وسهولة تفتته مهما
كان سببه ومضاعفته بكل فساد يتبعه هو كالداء الزهرى الذى يأكل جوهر
العظام الطويلة بعمل التهابى او بغيره والافات السرطانية التى تتلف
المنسوجات كذلك سواء ابتدأت بالضعف واستولت اولا على السمحاق
او الجوهر العظمى نفسه ففي تلك الافات لا يشاهد تقوس بطى في العظام
وانما يشاهد انكسارها دفعة كأن نقص التماسك حصل في اللحمة الهلامية
اكثر منه في الجزء الكلسى اواقله حصول ذلك فيهما معا وعكس ذلك يحصل
في اللين الحقيقى لان المنسوج العظمى فيه يميل شيئا فشيئا لنقص جزيته الا الى
وتعريته من الجواهر الملحية التى تقوم منها بنيته وتعطى له قوامه وصلابته
غير ان انواع اللين ليست كلها من طبيعة واحدة اواقله ان يقال انها ليست ناشئة
من سبب واحد فليست متحدة النتائج بل اللين في الاطفال الذين يكون
الراشيتس فيهم حقيقيا تختلف طبيعته بحيث يتنوع فيهم الى جملة انواع
تستدعى احتراسات مختلفة غير ان تلك الانواع لم يكن عندنا لها الا بعض

اصول نشرحها بما شرحا عاما ونرجو بتقديم العلوم ان تنكشف لنا اصنافها
 على الحقيقة ولقد ذكرنا انواعا لهذا الداء تغالوا فيها واسسوها على اراء
 افتراضية نتج عنها الخلط في هذا الموضوع فلذلك لم نلتفت اليها
 ولاننا من الزلل في ذلك الا اذا ميزنا اللبن في الاطفال عن ما في البالغين وان كان
 في هؤلاء قد توجد فيه صفات الراشيتس الحقيقي الذي يحصل للاطفال لكن
 الغالب انه يختلف عنه بالكلية فيكون اجتماعهما في شرح واحد غير لائق
 اذ يرتبك الطبيب حينما يرى احوالا من اللبن في البالغين غير قابلة غالب الشفاء
 واحوالا من الراشيتس يمكن ايقاف سعيها وتخفيفها والطبيعة نفسها ما سكة
 لها في حدود محدودة من الشدة والمدة ومع ذلك هاتان الاقتنان لا يخلوان عن
 مشابهة ولكن لا يستغرب اختلافهما اذا اعتبر كون المجموع العظمى يفقد
 في البالغين التآليف والتركيب الذي اكتسبه ما بقا في الاطفال يتبع سير غير
 اعتيادي في تركيبه الذي لم يزل غير تام ومن المعلوم ان السبب الخفيف قد يطبع
 في هذا المنسوج العظمى الذي هو في عنقوان تولده تنوعات مرضية لكن
 يسهل مقاومتها ومعالجتها واما الفساد اى التغير العميق للتعظم الذي حصل
 سابقا فانه يكون صادرا دائما من سبب قوى يعسر في الغالب قهره ولذلك
 نرى في الاطفال ايضا ان اختلاف الاسنان يعطى للداء صفات مختلفة
 ونعلم في البالغين استعصاء وشدة نتائجه وفي جميع الاحوال التي اتقنت
 مشاهدتها تكون العظام كقوى مبتلة قوامها كالشمع واحيانا يشاركها
 في تلك الحالة اصلب العظام حتى الاسنان وربما اجتمعت تلك الآفة في النسا
 مع الخل فيخسف الخوض على نفسه وبضيق بحيث يعسر على القابلة ادخال
 الاصابع فيه غير انه ينفخ ويتسع برأس الجنين حتى تحصل الولادة الطبيعية
 ويندر ان تكتسب العظام في الراشيتس الحقيقي قواما يقرب للعضروفية حتى
 يصير فيها بعض قابلية للانثناء ولكن من المحقق ان منسوجها يصير اكثر هشاشة
 واستفجية فالعظام الطويلة مثلا لا يكون سمعا قها سميك وانما يكون شديد
 الالتصاق بالعظم وبالصفيحة الظاهرة من جوهر المتوسط المنفصلة عن

الصفحات العميقة بطبقة من منسوج اسفنجي قليل الصلابة وعلى رأى روفس
تتصل الصفحات العميقة ايضا عن بعضها بطبقات خلوية ومجموع العظم
كثيرا ما يوجد حيث نذ رخو واعايبا يسيل الدم من محل قطعه ولا يخرج منه
بالتحليل الكيماوى على رأى مكيل الاحد وعشرون جزءا منية من الصفات
الكلى بدل ان يكون فيه تقريرا خمسين جزءا في الحالة الاعتيادية. وفي جميع
الاحوال تظهر الصفائح المندمجة نفسها قليلة الذونة رطبة يسهل شقها
وقطعها بالشرط والجوهر المتوسط نفسه للعظام الطويلة قد يحصل فيه
تغيرات حتى ان قنانه الخاعية تضيق غالبا بل ربما انسدت في محل النفوس
العظيم ونحاهما يكون اكثر اجرا واقل شحمية من العادة وقد يتبدل بمصل
محر كما ذكر ذلك بواير.

والاطراف المفصالية لهذه العظام تكون دائما كبيرة الحجم وعلى رأى معظم
المؤلفين ينشأ هذا الورم فيها من اتساع الخلايا في الجوهر الاسفنجي للتسويات
الغضروفية ونسبه روفس لتولد جوهر عظمى رخو على شكل اسفنج دقيق
احمر بين التسو الغضروفي والعظم نفسه قال دوجيس ومع ذلك يظهر لسان
الاولى ان تختلف كونه انتفاخا حقيقيا للتسو الغضروفي ولقد تحقق هذا الطيب
الشاب يعنى روفس ان انتفاخ الطرف المقدم للاضلاع خصوصا ثنى من
انتفاخ جوهرها الاسفنجي وتحقق ايضا ان الخلايا التي ينشأ بها معظم التسويات
الغضروفية تكون اقطارها حيث نذ غير اعتيادية.

والعظام المسطحة يوجد في وسطها ايضا اتساع الخلايا مع تقص الجوهر المندمج
وقد نبه بكلار سايقا على انتفاخ وسط العظام الجدارية ووعايبه قال دوجيس
وقد رأى ان القسم المركب الذى هو منشأ التبعظم لمعظم عظام الجمجمة
كالحدبات الجبهية والجلبارية والحذبة القاعدية والعظام الصدغية عظيم
في الثخن اكثر منه في الاتساع واجر محمد ومكون من منسوج خلايا بمستديرة
او ملتفة دودية واسعة الحدودان واكثر قواما من الغضروف فهل يستنتج من
هذه ما قلنا في التشريح المرضية وجود التهاب عام في المنسوج العظمى تقول

لم يكن هناك اثر ولا علامات تعلن بحالة التهابية حادة ولم يوجد هناك ايضاً
استرخاء ولا ترشح ولا ضعف وانما العمل الالتهابي لهذا الداء لا بد وان يكون له
في الابتداء غالباً بعض فاعلية اقله ان تكون جزئية موضعية كما يؤخذ ذلك
من اعراضه ~~لكن~~ هذا الدور قصير جداً بل قد يعدم احياناً فيصح ان نظن
حصول تغير وتحول في التعظم نشأ من ضعف المتأثر لا من افراطه فبقى غير تام
مدة الادوار التي اتت فيما بعد فسواء كان هناك احتقان او التهاب دوى
او ضخامة في المجموع العظمي لم يلزم من ذلك ان يكون الداء من امراض القوة
بحيث يستدعى علاجاً مضعفاً فهو نظير السجن في الاشخاص اللينفاويين
والالتهابات المزمنة في العقد والانف والشفتين والاحين في المخززين حيث
لم يدل ذلك على قوة البنية ولا على حالة تنبه مرضى حقيقي عام

اسباب الراسيتس * الغالب اصابة هذا الداء للاطفال ويظهر فيهم من سن ستة
اشهر او ثمانية الى سنتين او ثلاث وان كان قد يحصل لهم بعد ذلك كما سيأتى واما
عروضه للبالغين والشيوخ فتندر واذ اعرض لهم كان نتيجة امراض اخر
وهناك امثلة لاصابة المولودين به ويعسر ان نعين البنية المهمة لهذا الداء
وكثيراً ما ينتقل بالوراثة فلذا اصاب به طفل من عائلته لم يندر مشاهدته في غيره
من عائلته كاخوته واخواته بدرجات مختلفة واذا اجمعت في الاصول نجد غالباً
ان منهم من كان مصاباً به في حال طفوليته والغالب ملازمته للبنية اللينفاوية
نعم قد يفرقها قسماً هذا الاطفال المصابون سيم الجلود سودا شعور لكن ذلك
يكون دائماً في الاطفال البلهة فالبلاهة يقينا من اسبابه المهمة ~~لكن~~ البنية
الذكورة قد لا يكون لها دخل في ذلك فقد يصاب به الجنين في بطن امه وذلك
كالاطفال الذين يولدون بدون عظام وذكراً شياً من ذلك بقرط في كتابه وذكر
نبيل وشوسير امثلة منهم وان كان هناك وجه للطعن في كون سبب ذلك فيهم
هو الراسيتس والغالب عروض هذا الداء في احد الازمنة الاربعة وهي التسن
الاول والتسن الثاني والبلوغ وسبباً في التسن لكن يختلف فيها بالكثر والصفات
والاقسام التي يصيبها من البدن والسن الاول هو اكثر ما يعين على ظهوره اقله

من سن الفطامة وموافقة تلك الازمنة لظهور الداء ينبغي مراعاتها في بحث
 الاعراض سواء كُنت اماعتها على ظهوره بحركتها المنبهة للبنية او بتأثيرها
 القريب في تولده وذلك لانه يعسر بل قد لا يمكن اصلا تمييز الاسباب المهيئة له
 عن الاسباب المحدثه قسما به بعضها في الذات وكيفية التأثير ولا تختلف
 الا بدرجة فاعليتها ويصح ان تعد الانوثة من الاسباب المهيئة له فقد جعل
 دو فور نسبة البنات للصبيان في الاصابة به كنسبة خمسة عشر لواحد وجعلها
 مرحولين كنسبة عشرين لواحد لكن ذكر دو جيس ان حقبة ذلك انما هي
 في التقوسات التي تعرض نحو النسن الثاني او البلوغ لا الذي يحصل في السن
 الاول بقي من الاسباب المهيئة اسباب لا ينبغي اهمال ذكرها وذلك كالحام
 الكسر القديم وكثرة تشوهات العمود الفقري فان وعائية عظامه وطبيعتها
 الاسفنجية لهما تأثير في سهولة التواءه فيمكن ان تلين الجواهر المتوسطة
 بين الفقرات وتتقاد لجهة ما او تنتفخ في جهة فتبيل العمود للجهة الاخرى
 وما يهيئ لتلك الانحناءات التقوسات الطبيعية في السلسلة لكن لا بد لصيرورة
 التقوس مرضيا ان يكون هناك ضعف في العضلات بحيث لا تقدر على
 مقاومة ثقل الرأس والاطراف العليا ونقص في قوة تماسك الفقرات او وسائط
 انضمامها ومن المهيئت لمرض العظام الطويلة تقوساتها الطبيعية ايضا
 كالنخذ فانها تقوس في الغالب بحيث يكون قعرها من الامام والوحشية
 وتأثير الفعل العضلي وثقل الجسم يؤثران هنا كما في الكسر الرديء الصلابه
 لكن ينبغي ان تعلم ان ذلك لا يكون دائما هكذا وان هذا السبب المهيئ لا يمنع
 حصول الزوغان في الجهة المقابلة

ومن اقوى الاسباب التي عدوها محدثة للراشيتس الداء الخنازيري مع ان من
 المحقق انه لم يشاهد في الخنزيرين الا زيادة في المزاج اللينفاوى وان استحالة الدرن
 والعقدهى احدى النتائج الواصفه له فيلزم ان يجزم باختلاف طبيعة الخنازير
 عن الراشيتس اختلافا تاما وذلك لاننا رأينا ان المزاج اللينفاوى يبعد جعله
 شرطا لازما في اسباب الراشيتس وان الطبيب روفس أثبت ان الدرن يوجد فيه

على سبيل الندرة لانه لم يجده في الرثتين او غيرهما الا في ست مرات من عشرين
 ما نوا بهذا الداء واما الكثير في كل من الداءين فهو ان كلا منهما يتولد من تأثير
 اسباب مضعفة طويلة المدة كالرضاعة الغير المنتظمة او الغير الكافية ولبن
 المرضعة التي صارت حاملا والقطامة قبل اوانها او المتجاوزة اوانها واستعمال
 الاغذية القليلة التغذية او الرديئة الطبيعة والسكنى في الاماكن الرطبة
 او الممتعة او الباردة او الفاسدة الهواء ومن فساد الهواء تحمله لروائح خبيثة
 وعامة بلادنا تعرف ذلك وقال دوجيس قد رأينا من اولاد الاغنياء اطفالا
 اصيبوا بهذا الداء بسبب افراطهم في الاستحمامات الفاترة وبسبب اصابهم
 بامراض حادة تكررت فيهم وامر لهم باستفراغات دموية كثيرة
 اعراض هذا الداء وادواره قد سبق لنا ان مدة التسنن الاول اعنى من السنة
 الاولى الى الرابعة هي التي يظهر فيها هذا الداء غالبا وينمو القابل له واما
 مدة التسنن الثاني فتندر اصابة الاطراف فيه اذ لم يصل الداء لذلك في السن
 الاول وانما اصابته حينئذ تكون للسلسلة فقط والحوض في البنات من حيث
 انه لم يصل الى الآن لتمام نموه يمكن ان يحصل فيه من ذلك تشوه عظيم
 اما اذا حصل الداء في سن البلوغ فان الحوض يبق في الحالة الطبيعية مهما كان
 زوغان السلسلة واولى من ذلك اذا ظهر مدمقا للخل زوغان في السلسلة معصوب
 بقصر فيها ولم يحصل ذلك مدة الطفولية الاولى وربما سهل في الطفل الحكم
 بعروض داء الحذب قبل حصوله مع ان سجنه لا توجد فيها الصفات الاتية
 فقبل تقدم الداء يكون الوجه في الغالب منبججا من الجانبين والانف بارزا
 والفك العلوى متقدما والرأس بحسب الظاهر اعظم حجما وان لم يكن كذلك
 في الحقيقة وتظهر الاطراف طويلة دقيقة لانها لكونها حافظة لاستقامتها
 تظهر اطول بالنسبة للبدن الذي قصر بالتواء السلسلة وتوجد تلك الهيئة
 الظاهرية بالاكثر في الاطراف العليا ويظهر ان الايدي والاصابع استدقت
 ولبن العظام في السن الاول قد يحصل احيانا فجأة بحالة حى قليلة الشدة مع
 قد شبهة وعدم امكان الاستسالك في الوقوف والام في الاطراف وتكسر

في البول ونحو ذلك وقد لا توجد تلك الاعراض اولا تظهر الا وقت ازدياد
 فحشائي في شدة الداء وانما يظهر في الابتداء بضعف وهبوط وانتقاع لون وانتفاخ
 في المفاصل اذا رآته العامة تقول قد اصاب هذا الطفل بلين العظام واحيانا
 تكون العلامة الاولى الظاهرة هي تشوه الى تقوس يحصل سرعيا في وسط عظم
 طويل او جملة عظام معا ثم تلك التشوهات سواء حصلت كلها معا او على
 التتابع تميل للزيادة تارة بدون استواء وتارة مع استواء وربما وصلت الى حد
 بحيث يعسر ان يعرف كيف يتيسر حفظ الحياة في جسم رديء الصفات هكذا
 بل ربما وصل الطفل لسن البلوغ مع ان طوله لا يبلغ قدما وقد شوهد ذلك
 سنة ١٨٤٤ عيسوية في امرأة حملت وهي في تلك الحالة وولدت بالعملية
 القيصرية في بيت الرحمة بباريس وماتت عقب هذه العملية والتشوهات
 الرئيسة التي تحصل لهؤلاء الاشخاص بعد تبس اعضائهم هي ان الرأس
 يكون في الغالب غليظا ويريد انتفاخه بالاكثر من الخلف ذاهبا من الصدغين
 وتبقى العين بازرة ولا سيما الفك السفلي فانه يتقوس ويكون تقعره الى الاعلى
 ويتقدم امام عظام الفك الاعلى وتكون الاسنان في الغالب وسخة واقله
 ان تكون محزنة بالعرض

واما السلسلة فتحفظ احيانا استقامتها في وسط التشوهات العامة او تكون
 اقل تشوها من الاطراف السفلى ولذلك لا يندر ان يشاهد شخص معوج
 الساقين وغير احذب وان كان الغالب سيرهاتين الا فحين معا ~~لكن~~ تشوه
 السلسلة وان كان الغالب حصوله هنا بعد تشوه غيرها من اجزاء الجسم الا ان
 تغيراتها قد تكون عميقة فان هناك احوالا تلتف فيها السلسلة بحيث يقرب
 اتجاه بعض اجزائها لان يكون بالعرض وربما امتد ذلك الزوجان للعرض
 وبذلك يعلم سبب عدم انتظام الشكل في معظم الاحواض المعيبة فيدون
 ان تطيل الكلام بما هو مذكور في غير هذا المحل نقول مثلا اذا كان القسم
 الظهري مقوسا الى اليمين فالقسم القطني من السلسلة يذاهب الى اليسار
 يضغط بانحراف على قاعدة العجز ويقهره على الانحناء في الجانب المقابل بحيث

يضيق الجانب الايمن من الحوض واما في النساء المعوجة سوقهن المستقيمة
سلسلتهم فيكون الحوض فيهن ضيقا لانه منساوى القسمة من الجانبين وفي
جميع هذه الاحوال تشوه عظام الخرقه بالاكثر باعتبار ان انحرافها الطبيعي
وبالاكثر الواضح لجزءها المجبي العاني على الجزء الخرقني وما هذا ذلك
تبلغ كلها اقطارا اقل جدا من اقطارها الاعتيادية فاذا كان تشوه
السلسلة عظيما لم يمكن ان تحفظ الاضلاع حالة انتظامها فكما يلزم ان تقرب
للجانب المقعر وتبعد عن الجانب المحدب من العمود الفقري كذلك تدبر الفقرات
دائما وجهها المقدم جهة التحدب فتلتف تلك العظام بحيث تد على محورها مع
كونها تثنى وتشوه بل تسهل من جانب وترقى من جانب آخر فينتج ذلك
ان في الجانب المحدب تذهب التواءات المستعرضة الى الخلف وتنبعها
الاضلاع ايضا ويقوم من ذلك ابرز جزء في الحدبة وزواياها مع كونها
اكثر انحناء من العادة ليست اقل تقهقرا ايضا بالنسبة لاضلاع الجانب
المقعر فلذلك ينبعج الجزء المقدم من الصدر في محاذات الحدبة الظهرية ويبرز
في الجانب المقابل لذلك بل قبل ان يشوه العمود الفقري تشوها عظيما
يشاهد في بعض الاطفال الذين معهم لين العظام حتى بعد الولادة ببعض اشهر
تغير عظيم في شكل اضلاعهم فاذا كان الداء خفيفا يكون اللين العام قليل العظم
ويريد النقوس الطبيعي للاضلاع نحو الزاوية ويضيق الصدر بالعرض ويريد
نقوس غضاريف الاضلاع سواء في جميع طولها او قرب القص فقط واما
اذا كان الداء عميقا فان الجزء المتوسط من الاضلاع يخسف الى الباطن
وينبعج الصدر نحو القسم الثديي وقليل من الخلف بحيث قد يظن ان هذه
الانحناسات ناشئة من الضغط الحاصل من اذرعة الطفل وهو في تحاطه
المشدد جدا بخلاف الجزء السفلي من الصدر فانه يتسع حتى يتوافق مع عظم
البطن الغالب في مثل تلك الحالة

والغالب ان يكون القص بارزا مقوسا على سطحه من الامام الى الخلف
والترقوتان قد يحصل فيهما تشوه عظيم فيزيد تقوسهما الطبيعي الى الامام

بمحيط بصيرزاو ياوتشوه الكتفين فادر والتغيرات التي تحصل لهما من تشوه الصدر ليست عظيمة الاهتمام في حركة التنفس وبقيّة عظام اليد يحصل فيها قصر عظيم ولا سيما الاصابع فانها تقصر وتسمك وتتعدد والسلاميات تنسج احيانا في الطول والعرض والعضد قد يتقوس بحيث يقرب لشكل الياء المقطوعة اى السين الا فرنجية والساعد يعوج الى الانسية وكذلك الفخذان قد تلتفان مثل الشكل المذكور في العضد فالجزء العلوى ينثنى الى الانسية والسفلى الى الوحشية وعلى حسب غلبة احد التقوسين وزيادة اتفاخ احد التورين العقديين على الآخر تذهب الركبتان الى الانسية فيحصل من ذلك الصكك وتلك الحالة تؤثر ايضا في اتجاه عظام الساق وتقوسها فالغالب ان القصبة تنحدر الى الامام والوحشية ولا تكاد هذا الانحناء الا في نحو ثلثها السفلى ويندران تخفى في جزئها العلوى الى الامام والانسية وشوه زيادة التقوس فيها حتى صار الشخص يرتكز على الارض بساقه كما يرتكز بقدمه والغالب ان يتكون من القصبتين في الجانبين شكل البسي اى ذو قطع ناقص تحدبه من الوحشية وتقعره من الانسية فتنتج من تلك التشوهات التقوسات المتخالفة وقصرها تين الرجلين التابع لذلك ان الشخص في المشي يخط نصف دائرة التفاف ولا يتقدم الى الامام الا مع تراكب القدمين على بعضهما وذلك يعطيه مشية مخصوصة

التشخيص * من المهم بالاكثر تذكرا لظواهرات الاول التي توجد عند ظهور الداء وكذا درجاته الاول في الاحوال التي يكون الظهور فيها بطيئا فيخشى حصوله في السن الاول للاطفال المتألمة اذا كان الرأس كبير الحجم والبطن كبيرا ايضا والساقان دقيقتين وضعيفتين ومفاصل الركبة ورسغ اليد عظيمة الاتفاخ والتسنن شافا وبكرت الاسنان بالتغير التين وتقوست الساقان وبرزت الترقوتان وانخفضت الاضلاع مع قصر التنفس وزيادة الاستعداد للزكام فهذه هي العلامات الاول التي تعلن بظهور الداء اما في الاسنان الالية بعد فلا يعول بالاكثر الا على زوغان القامة والهيئات الرديئة التي تشاهد في الطفل فلا يمسك

نفسه الاستسكاكا رديئا فاذا اضطر لعذل قامته شوهد ان احد المنكبين
 يكون اقوى من الآخر وارتفاع منه والغالب ان يكون ذلك هو المنكب الايمن
 وانما ارتفاع لان القسم الظهري اتجه لذلك الجانب وتقوس نحو ثلثه العلوى
 فاذا حصل التقوس من الاسفل حصل في بعض الاحيان ان الجزء العلوى
 من القسم الظهري كالعنق ايضا يتجه للجهة المقابلة لاجل المعادلة فالمنكب
 الايسر يظهر انه ليس بارفع وانما يكون اقوى من الآخر وتكون العضلة
 المربعة المنخرقة اعظم سمكا وفي جميع الاحوال يصير الجانب الايمن من الصدر
 اكثر تقبيا واما الجانب الايسر فيذهب الى الداخل ويتكون فيه انحناء
 عمقه يزيد بزيادة الزوغان وقد اعتيد في هذا الزوغان المبتدأ على البحث مع
 غاية الانتباه في جملة التتواتر الشوكية وهو بحث لا ينبغي اهماله لكن ينبغي
 ان تعلم ان اعتباراتها لا يؤخذ منها مقدار شدة الانحراف والفساد فانه اذا التى
 النظر لمحة على سلسلة مشوهة جدا شوهد ان جسم الفقرات يكون اكثر زوغانا
 من تواترها الشوكية فالاول اعنى الجسم يتجه جدا نحو التحدب واما الاخير
 اعنى التتواتر الشوكى فيقرب من الخط المتوسط ومع ذلك يكون ابعد عنه
 مما اذا لم تكبد الفقرة الاحركة دوران بسيط على محورها لان هذا التتويج يحصل
 فيه ايضا زوغان مخصوص بحيث ان الفقرة المصابة بالداء كلهم مشوهة
 بالتفرطح الغير المستوى في جسمها الذى قد يكون ارتفاعه من جانب مزدوج
 ارتفاع الجانب الآخر تكون ايضا منثنية على خطها المتقدم الخلفى فالجسم
 والتتواتر الشوكى فيهما ميل لان يذهب الجانب المحدب من الحدبة فيضيقان بذلك
 الميزاب الفقرى من هذا الجانب نفسه فهذه هي الظاهرات التى تشاهد فيمن معه
 هذا اللين ولا تكلم هنا على اللين العتيق للعظام لانه يعرف بنفسه وانما يذكر
 كلمات في اشباه اللين المبتدأ وسيا الجزء ببعض آفات

فالاول الهيئات المعيبة الناشئة من الاعتيادات الرديئة او من الضعف فانها
 كثيرا ما تنسب للين العظام ويعالجونها بالوسائط المتعبة المنسوبة لتصناعة
 التعديل مع ان القوي والممارسات تكفى غالب الزوالها والعلامة

الواصفة لهذه الحالة هي امكان الاعتدال التام من ذاته اذا قبض الطفل الصغير عضلاته اما الزوغانات الناشئة عن اللين الحقيقي فان معها آفة في الفقرات نفسها او في وسائط ارتباطاتها فمع طول الزمن تنشوء تلك العظام ولا يشك في انها كانت لينة قبل ذلك ويمكن ايضا ان يكون انتفاخها غير متساو في جميعها بل قد يصل التغير الى درجة الاستحالة التامة وثانيا قد يحصل من الاستحالة الدرينية في العقد ما يحصل من هذا الداء بل قد توجد معه فتعد من نتائجها اومضاعفاته مع انه يوجد في هذه الحالة آلام موضعية وعوارض شلالية لاتشاهد في الحذب البسيط والتحذب الناشئ من تلك الاستحالة يكون ابرز من الخلف ويقل كونه جانبيا وانما الغالب كونه متوسطا لكن لا يلزم وجود تلك الاستحالة في كل حدة متصفة بذلك وانما ذلك دليل على استعداد عظيم لهذا التضاعف المزم الذي يخالف التحذب الحقيقي المسمى بداء بوط لان هذا التحذب يكون محدودا وتقوسه زاويا ويتميز ب بروز تشوكمى اوتوين ويوجد معه في الغالب بريلجيا اى شلل النصف السفلى من الجسم وثالثا قد يحصل زوغان فقرية مثلا قليل السعة جدا بدون سبب معروف وبدون مرض سابق او حاضر كما شاهد ذلك دوجيس في الفقرة السابعة الخريزية بحيث كان لا يدرك تشوهها الا مع غاية الانتباه ورابعا هنالك حالة مهمة ايضا وهى التى ينتهى فيها العمود الفقرى من ضمور احد نصفي الصدر فالتقوس حينئذ يكون جانبيا لطيفا مستويا ويتم ايضا حة بالبحث التلم في الصدر قال دوجيس قد رأينا حالة فيها تجمع صديدى في الصدر مع خراج تحت الجلد فظنوا ذلك تسوسا في الفقرات بسبب اعوجاج حصل من ذلك في السلسلة ورأينا بنظير ذلك بنما صغيرة نسبوا تشوهها الوقتى لضمور متوهم في احدى الرئتين وقد يوجد في بعض الاشخاص من تأثير سبب شبيه بذلك نوع آخر من التقوس السلسلى فن ذلك اننى جيدة التكون لكن كان معها انبعاج في جانبي الصدر من الامام تحت الترقوتين وبروز من الخلف للممكنين كأنهما ناتقان من تقوس السلسلة التى كانت مقوصة من الخلف

كالا ضلاع العليا ايضا وتلك الحالة كانت فيها تابعة لسعال كابي ثقيل جدا شديد الاستعصاء يمكن ان يظن فيه تكون كهوف في الرئة وترتب على ذلك ضهور الجزء العلوى من الرئتين ثم ضعف جدران الصدر فيما بعد وهذا كله تعلم مقدار الخطر الذى يحصل من ظن تلك الهيئات نتائج للين العظام وعلاجها بالوسائط المفضلة كية للرد وخامسا قال دوجيس رأيت تقوسا متساويا فى العمود الفقرى مقنطرا فى معظم طوله حصل من آفة روماتزمية والسبب والشكل يميزان تلك الحالة عن الداء الذى نحن بصدده لكن وسائط التعديل تنفع هنا وينال منها نتائج جيدة وسادسا قد ينسبون احيانا تقوسات زاوية او تقرب للزاوية فى الترقوتين لكسورات رديئة الالتحام فى عظام الاطراف ويتهمون فى هذا النوع الردى المرضعة مع انها فى الواقع بريئة من ذلك وقد وقع نظير ذلك لدوجيس فاتفق انه ظن بحسب الظاهر وجود لحام مشوه عقب كسر غير معروف فى طفل صغير كانت عظام ساعده تقوست على زاوية حادة عقب آلام شديدة ثم ظهر اللين العام بعد ذلك حالا فى جميع عظامه وترتب على ذلك ترك هذا الطبيب علاج التعديل وكثيرا ما طعنوا زوغان الثلث السفلى من عظام الساق اول درجة من انقلاب القدم ثم بالبحث الدقيق عرف ان الزوغان لم يكن مجلسه فى المفصل وانما هو فوقه

الانذار * المضاعفات التى ذكرنا بعض شئ منها على سبيل الاختصار تزيد فى ثقل الانذار لكن لا نستغل هنا الا بما يتعلق بالداء نفسه ونتائج القرية فى بعض الاحوال الثقيلة الحادة يسير الداء بشدة متزايدة وينتهى بفقد هذا الطفل الصغير بواسطة ما يحدثه من الهبوط والسقوط المحرض للاسهال ولعسر التنفس سواء اضيف على الداء الاصلى فساد العقد الماسارية او السل او كانت تلك العوارض ناشئة فقط من عيب عام فى التغذية او من تعب فى اعضاء التنفس والغالب ان الداء يسير بطيى ويقف بالطبيعة او بالصناعة بعدمدة ما فاذا بودر بايقافه لم يبق مع الشخص منه الا آثار غير محسوسة ولكن يبقى معه استعداد للرجوع فى زمن من الازمنة التى ذكرناها له سابقا

وهي التسنن الثاني والبلوغ والولادة وقل ما تعرف الاطباء عوده في الحالة
الاخيرة مع ان ذلك فيها غير نادر فان دوجيس قال اني اعرف جملة نساء اصبوا
بالتواء السلسلة في سن البلوغ ثم عاد لهم ثانيا بشدة عظيمة بعد الولادة الاولى
بل في زمن الحمل ايضا مع ان منهن من لم يكن معها قبل الزواج الاتشوه
خفيف يسهل اخفاؤه بالملايس ومنهن من عولجت بوسائط التعديل من البسط
والرياضة واعتدلت اعتدالا تاما او يقرب للتمام فعند ذلك فقدت القامة من
هؤلاء النساء جزأ عظيما من ارتفاعها وانتظامها بخلاف من لم تصب في صغرها
الا بانثنا آت في السلسلة ناشئة من الضعف العضلي والاوضاع الرديئة
وشفيت بالمقويات فان هذه يمكن ان تحمل ولادات عديدة شاقة بدون ان
يعود لها الداء اما اذا لم يقف الداء الا بعد مدة طويلة فانه يترك بعده تشوهات
عددها يكون على حسب شدته الاصلية مع ان تلك التشوهات وان كانت من
الابتداء واضحة قد تمحي بالكلية او اقله ان تخف بواسطة تقدم نمو الشخص
فيما بعد فقد شوهدت اطفال صغار مشوهون بقيت حالتهم هكذا الى سن البلوغ
ثم اخذوا في العظم من حيث قد ولم يبق معهم ما يشين عند العامة وان لم يكن لهم
قامة جيدة ولا تكون مناسبة فبعضهم لم يبق معه الا تقوس يسير في الساقين
وبعض تقدم في الفك السفلي الى الامام واما التشوهات الملازمة المستدامة
فانها وان كانت كريهة للنفس لكن لا ينتج منها دائما اخطار ثقيلة خصوصا
اذا كانت السلسلة قليلة الاصابة وكانت الاطراف وحدها هي التي تغير شكلها
لان الغالب حينئذ ان يتساوى الجانبان حتى لا يظهر في المشي عرج وان
العظام في تكونها تكتسب اقوى ما يمكنها في الصلابة فلذلك تظهر في الغالب
اكتشف واصلب في جانب التعذب بل قد تنسد احيانا قناتها النخاعية فتكتسب
العظام زيادة قوة وسموكة وكثيرا ما يتسع عرضها في محل التعذب وتتفرطح
في الجهة الاخرى وذلك يصيرها اقبل لتحمل ثقل الجسم لكن لا تخفى عليك
الاحوال التي يكون فيها التواء الى الجانب بحيث لا يمكن المشي الا بالعكاز
وكذلك ما يحدث من ضيق الحوض بالنسبة للنساء واعظم من ذلك ان تتأرجح

هذا الداء قد تكون محزنة حتى بعد وقوفه وخصوصا اذا كانت السلسلة زائدة النشوء فالصدر حينئذ يكون ضيقا بحيث تكون اعضاه الدويرة والتنفس في قعب اعتيادي ويخشى من ذلك على حياة الشخص من ادنى مرض حاد ولذلك قال دوجيس قد لاحظت من مدة طويلة ان معظم الاطفال الذين كانوا اصيبوا بهذا الداء اذا وضعوا مع الاطفال المرضى لم يلبثوا قليلا حتى يموتوا والغالب موتهم بالتهاب رئوى ولا يخفى على احد ما يحصل للمشوهين بذلك من ضيق النفس من ادنى رياضة او عمل يعملونه وكذا صراخهم وقصر كلامهم وسعالهم القصير الياس ولذلك تندر معيشتهم لسن الهرم المتقدم ثم ما عدا الآفات الصدرية التي تهلكهم غالبا يكونون مهينين للسكنة وقد تحصل ايضا من تكونهم المعيب نتائج اقل ثقلا وخطرا مما سبق كالتي تحصل احيانا من انضغاط الكبد او الرئتين وربما حصلت لهما فان اخرا اكثر خطرا واسوء حزنا على حسب شدتها كالخدر والالام والقولنجات التشنجية وبعض شلل يكون في الغالب وقتيا في الاطراف السفلى او في جميع اجزاء الجانب المحاذي لتقعر التقوس وذلك كله نتيجة انضغاط الاعصاب وقد تزيد احيانا حتى تشبه نوب الخناق الصدري بسبب الكرب الشديد والالام للذين يصبحان عود هذه الظواهرات ورجوعها بشدة جديدة مع ان الغالب ان اعضاء الهضم تبقى مع غاية السلامة في وسط الاحشاء المكابدة للتعب وان اعضاء التناسل خصوصا في الذكور يظهر انها تمتع بقوة فاعلية اعظم مما في كثير من السليمين الجعدي التكون

العلاج * هذا الداء من الامراض التي يمكن الاستشعار بها قبل حصولها فانه قد يكون وراثيا او اقله ان يكون في جميع الاخوة والاخوات من عائلة واحدة فمن النافع الاجتهاد في التحرس منه وذلك هو ما يلزم فعله في الزمن الاول من الحياة فيعطي الطفل لمرضعة قوية البنية والدة من مدة اشهر مسجرة البدن دموية و يتقبط عليه حسب الامكان فاذا انحط الحلال على ان الام هي التي ترضعه لزم اقله قطع الارضاع من ادنى ظن للعمل وبيادر له باعطاء بعض اغذية

مستخرجة من الحيوانات كالشوربات الشحمية ويداوم على ذلك الغذاء
والارضاع معا حتى يبلغ من خمسة عشر شهرا الى ثمانية عشر اما فوق ذلك
فان اللبن يصير مضر له قليل التغذية ولكن كما توخذ تغذيته الاصلية حيثئذ من
الحيوانات يعطى لشروبه الاعتدال الماء النقي ولا تهمل ايضا الرياضة به
في الهواء الخالص وفي الشمس ويختار لمسكني الارياك ثم ممارسة الاعمال
الرياضية ويجتنب ايضا الافراط في ثخن الملابس وليكن سريره نوم
يا بسا ومدة النوم متوسطة وان لا يواظب على الدراسة مواظبة متعبة للعقل
ومحدرة للقوى الطبيعية ولا يؤمر له بالمقويات المصاحبة للوساطة الصحية
الا في حالة النقاهاة من الامراض الحادة او الضعيفة الحدة كالسعال الكلي
والحصبة ونحو ذلك فاذا كان الداء في ابتدائه او قليل العتاقه جاز وقوفه
كما قلنا بل قد نعدل نتايجه بنحو الجسم فيما بعد فيلزم حيثئذ المبالغة باستعمال
علاج شفاقي فيبتدأ في غير زمن الحى والآلام باستعمال المقويات والسكون
والراحة والروحات الدهنية المسكنة كالزيت الكافورى والبلسم الهادئ
(المسمى ايضا بالدهن المخدر اعنى اتقاع النباتات المخدرة في زيت الزيتون)
وبعض ضمادات من دقيق بزر الكتان المرشوش عليه شئ من مسحوق الكينا
ويوضع ذلك على اعظم الاعضاء تألمامع الحمية اللطيفة وبعض مشروبات
حمضية لكن اذا مضى هذا الدور القصير جاز استعمال التدبير المقوى بكل قوته
كالرياضة الكثيرة والشمس اللطيف واستنشاق الهواء الجاف الخالص
والمشاغلة والتلاهي والانبساط والنوم على طراحات الورق الجاف جدا من
بعض النباتات كالسرخس والبلوط والتغذية الحيوانية كالجباب والحوم
المشوية ولحوم الصيد والنبيذ الخالص لكن بلطف وكذلك الفواكه والبقول
فذلك هو ما يلزم في التدبير الغذائى للجسم والعقل

واما واسائط التدوى فمن اقواها ما يؤثر على الجلد كالتريخ الجاف وسيلما
بالفلانيل المغمور في دخان حب الشهد النج او في بخور من البخورات او المغموس
في بلسم فيورفتنى وهو الكوول المركب التريفتنى اوفى ماء القلوبى او العرقى

ويكرر ذلك ذلك مرتين في اليوم وتستعمل الاستحمامات العطرية مرتين
او ثلاثا في كل اسبوع وتعمل من منقوع النباتات الشفوية كالمرمية
والرومران المسحى بمحصى اللبان والخزاما ونحو ذلك والاستحمامات من
مطبوخ ورق الجوز او قشر البلوط متبوعا ذلك بذلك الحاف والاستحمامات
من المياه المعدنية الحديدية او الملحمة واحسنها الاستحمامات البحرية فهذه
وسائط تنجح نتائج جيدة بدون تعب لاعضاء الهضم وعند عدمها او عدم كفايتها
يستعمل الماء الحديدي على الطعام مع التبيذ ونبذ الكينا والجنطيانا بكمية
يسيرة كن نصف اوقية الى اوقية في اليوم او من شراب هذه الجواهر فهو
احسن من الشراب المضاد للاسكوربوت والشراب المركب لبرطال انظرهما
في كتب الاقرباذين واما البود فلا يناسب الا في حالة مضاعفة الداء بالخنازير
واما علاج نتائج الداء فيما بعد كعلاج التشوهات التي تحصل منه فهو شئ
غريب عن الداء الاصل وله شروط وقواعد مخصوصة تذكر في الاوردو يبدأ
التي نشرها ان شاء الله تعالى في تكمله مخصوصة

الباب الثاني عشر

في امراض اعضاء التناسل

لا حاجة لاطالة الكلام في امراض اعضاء التناسل في الاطفال لان امراض
اعضاء التناسل في الذكور ذكرت في امراض الطرق البولية واما امراض
البنات الصغار فلا يحصل منها اعراض مرضية الا زمن البلوغ عند ظهور
الحيض وكما لاعضاء التناسل وتلك الامراض مشروحة مع غاية الايضاح
في كتابنا بهجة الرؤسا في امراض النساء وانما ذكر هنا بعض امراض خلقية
في تلك الاعضاء ولنجعل ذلك في فصول اربعة

الفصل الاول

في امراض خلقية في الخصيتين والصفن

الخصيتان تكونان في محاذاة القناة الاربعية ولا يخرجان منها كلا او بعضا الا
في زمن الولادة فاذا طال مكثهما في تلك القناة حصل من ذلك احيانا عوارض

التهابية

التهامة نظير ما يحصل من التهاب البريتوني وتقاوم بوضع ضمادات مرخية
وحامات بسيطة او مصنوعة من مطبوخ الحطمية وكلما اخذت هذه الاعضاء
في النزول احاطت بها الطبقة الغمدية مدفوعة امامها وربما اشتبهت الخصية
الواقفة في الحلقة بالقليلة المائية في الحبييل التي تقوم من ايكاس صغيرة كرية
فيها بعض لين وتكون موضوعة في سلك الحبييل المنوى في محل اقل انخفاضاً
من محل القليلة المائية التي في الغشاء الغمدى للخصية واحياناً يكون مجلسها
في الحلقة فالكيس البريتوني النازل مع الخصية المتكون منه غشاؤها
الغمدى اذ لم ينسد من الاعلى يتراكم فيه مقدار من المصل فيحصل من ذلك
ما يسمى بالقليلة المائية الخلقية وقد يمتد الكيس الى الاسفل فيضغط على الغشاء
الغمدى ويصير موضوعاً امام الخصية فيشتبه بالقليلة الغمدية ثم نقول
بالاختصار اذا كانت قيلة الحبييل ناشئة من تراكم المصل في كيس قديم فتقي
غير مسدود العنق وجدت فيه اعراض القيلة الخلقية فيرجع مصلها الى البطن
بالضغط فيزول الورم وتعرف القيلة المائية الخلقية بالشكل المستدير المنتظم
وبالتوج والشفافية ورجوع السائل في البطن ولا تشبه بالادرة اللحمية
النادرة في الخصية الواقفة في الحلقة او تحتها بقليل لان ورم الادرة الاعتيادية
يكون اسفل محل القيلة المائية الحبيلية وايضا صفات الادرة معلومة لا يوجد
منها شيء هنا ولا تشبه ايضا بالفتق لانه لا يسمع فيها لغط اذا دفع مصلها الى البطن
ويوجد فيها دائماً التوج كما قلنا بخلاف الفتق فيسمع فيه لللفظ عند ذلك اذا كان
معوباً ولا يوجد فيه توج اذا كان ثريباً وهناك حالة يعسر فيها التشخيص
وهي اجتماع القيلة والفتق الخلقى معا فتوجد حينئذ علامات كل منهما
فيكون بعض الورم شفافاً وبعضه معتماً ويكون قابلاً للرجوع في البطن ويسمع
من رجوعه لفظ اذا كان المعام وجوداً في وسط المصل ويصح ان يحس فيه
بالتوج وربما اشتبهت قيلة الحبييل بالقيلة الدوالية غير ان هذه تزول بالضغط
وبالوضع الافقي وورمها معتم بخلاف ورم قيلة الحبييل فان ذلك لا يجتمع فيها
وسياً كونها شفافة وربما اشتبهت القيلة بنوع آخر من في الصفن مكون

من رشح مصلى في منسوجه الخلوى وهو يشاهد كثيرا في اوديماء المنسوج
 الخلوى اى تيمس المولودين وانذار القبيلة الخلقية كثير الثقل لما ان حالة الغشاء
 الغمدى تعرض للفتق والوسائط المهيجة التى هى ضعيفة الفاعلية فى غير تلك
 الحالة تعرض فيها لالتهاب البريتون بسبب اتصاله بذلك الغشاء فيحصل من
 استعمال تلك الوسائط عوارض مهلكة فيكون علاجها مقصورا على
 ان يدفع السائل فى البطن ويحفظ الحلال هكذا بوسادة حزام كما يفعل فى الفتق
 فذلك هو الناجح فيه لكن قد لا ينجح ذلك ولذا امر حيقند دسول باستعمال
 الحقن المهيج مع الاحتراس على الضغط على عنق الغشاء الغمدى خوفا من
 دخول سائل الحقن فى تجويف البطن لكن قال المحققون ممن لقيناهم لا ينبغي
 الاقدام على هذه العملية المهلكة ولا سيما فى هؤلاء الصغار لان العادة ان يبقى
 بعد الحقن بعض قط من النبيذ او غيره فى تجويف الورم فيخشى من ذلك
 سيلانه الى الباطن وزيادة تهيجه للغشاء وايضا لا يمكن ان يحدد بالضبط التهاب
 الورم وينع سعيه للبريتون

وليس بنادر ان يشاهد فى الاطفال قبله الغشاء الغمدى والغالب انها تزول كما فى
 الكبار من تأثير المحللات ومع ذلك قد تستعصى عليها فيلزم ان تعالج كما فى الكبار
 البالغين فيكون الحقن المهيج احسن لها نعم يلزم لاستعماله فيهم غاية الاحتراس
 كما فعل بلندن فى طفل عمره ثلاث سنين وفى آخر عمره ثمان سنين

واما ترشح منسوج الصفن فيشفى بالوضعيات المحللة كالكوول المجرد
 او المصفور والاتيبر والماء السباتى الحيوانى ومحلول مريبات النوشادر واما
 التشريط فلا يخلو من الاخطار كالغفري بناونحوها

قال بليار ومنسوج الخصيتين يكون فى المولودين ورديا كالحما وقوامه فيه
 متانة ويسهل تمييز تركيبه الحيظى واتفق احيانا انى وجدت فيه كدما ووجدته
 اصفر فى المصابين باليرقان انتهى

الفصل الثمانى

فى امراض فى الرحم والبظر والشفرين

الرحم

الرحم في البنات الصغار يكون صغير الحجم وتجويفه المركزي قليل الاتساع ومع ذلك ليست جدرانه متلامسة بل هي مندادة بسائل مبيض مخاطي واثق مرتين اني وجدت في تجويفه بعد الولادة ببعض ايام دما منصبا صار خلطا متجمدا والمهبل يكون غالباً زائد النمو فيكون تجويفه واسعاً مستطيلاً مغشى بغشاء مخاطي كثير الافراز في هؤلاء الاطفال الصغار لانه يوجد دائماً في قناتهم مقدار عظيم من مصل شديد البياض وشديداً الالتصاق بالجدران ويقع الى قطع ويصح اعتبار ذلك الافراز نتيجة مرضية في المهبل كبلينوراچيا وصلت للطفل من الام وقد يحصل للاطفال نزيف فرجي وعبارة اول فيور لا يندران يشاهد بعد الولادة ببعض ايام او بعض اسابيع دم احمر سائل يسيل على الدوام من الفرج في الاطفال الرضع فلقد شاهدت في جملة اطفال هذا السيلان شبيها بما يحصل في مدة الحيض للباغين ورمادام احياناً اسبوعاً او اسبوعين بل اكثر بدون ان يحصل للطفلة ما بعد مرضاوي تقطع بنفسه ولا يستدعي احتراساً زيادة عن الاحتراسات اللازمة لحفظ نظافة الاطفال ولا يوجب احمرار ولا انتفاخ ولا علامة اخرى لتيج الاجزاء الظاهرة من اعضاء التناسل ولا يحصل للطفل تعسر في التبول ولا تغير في المادة الثقلية بالزيادة او النقص عن الحالة الاعتيادية ولا انخرام في صحة الطفل وقد اشتهرت امثلة كثيرة من ذلك وكتبت في الوقائع الطبية والاطفال فيها كانوا في صحة جيدة وصحبه في بعض الاحوال انتفاخ عظيم في الثديين وزالت هاتان الظاهرتان بدون ان يحصل من زوالهما عارض مخصوص وصككت الاجزاء التناسلية الظاهرة في تلك الحالة زائدة النمو والبظر والشفران الصغيران منتفخة جداً وفي بعض الاحوال لا يوجد هذا النمو الزائد في الاجزاء التناسلية الظاهرة فيظهر ان هذه الهيئة ليست شرطاً لازماً لظهور هذا النزيف للمذكور وشاهد كرم مثل هذه الظاهرة في بنت صغيرة جيدة الصحة ولدت بعد تمام اشهرها فاعتراها في اليوم الرابع نزيف خفيف من الفرج حصل قطرة قطرة وفي اليوم الثالث من ابتداء النزيف اخذ في النقص حتى صار ما يوا في اليوم الرابع منه سال بعض نقط من

دم خالص ثم انقطع السيلان بالكلية وبعد ذلك بخمسة ايام انتفخت الانداء بدون التهاب ومع ذلك لم تزل الطفلة في صحة جيدة فهذا الانتفاخ في الثديين امر عظيم الاهتمام ينبغي التنبيه عليه لانه دليل على الارتباط السجماوى الموجود من الاصل بين اعضاء يلزم ان لا تظهر وظائفها الا بعد زمن ما ومع ذلك هذه الامثلة مخالفة بالكلية للاحوال الغير الاعتيادية التى يبكر فيها نمو مجموع الجهاز التناسلى كالمثال الذى ذكره برجات وهو طفلة انثى ولدت من عائلة فقيرة فكان نديها جيدي التكوين وشعر عاتهما نابتا كبفت اربع عشرة سنة ولما كمل لها ثلاث سنين نزل عليها الحيض ودام تجدده بانتظام فى كل شهر وبكثرة فى كل مرة ككثرته فى امرأة كبيرة وكانت مدة كل حيضة اربعة ايام انتهت باختصار ونصريف

والبظر قد يعظم جدا بل ربما طن لعظمه كونه قضيبا ويشبهه حال الطفل عند الولادة فى كونه ذكرا وانثى والشفران الكبيران قد يعظمان جدا وقد يترشحان بالاصل ويفتفخان ويالتهبان بادنى سهولة وتلك الافات كلها مشروحة فى كتابنا فى امراض النساء

الفصل الثالث

فى امراض فى الفرج

نخص منها غنغريسا الفرج فى الاطفال وقد سبق فى غنغريسا الفم ان الالتهاب الغنغرينى قد يظهر فى الاعضاء التناسلية الظاهرة والعميقة مع قرب صفات الفساد الذى فيها للفساد الذى يشاهد فى جدران التجويف الفمى ومشابهة هذه الاعضاء فى التركيب والتأليف توضع مشابقتها فى الامراض التى تصيبها قال اولشير قد شاهدت غنغريسا الفرج فى احوال شبيهة بالاحوال التى يتوافق وجودها مع غنغريسا الفم او التى تسبق ظهورها او تعين عليه ك بعض الامراض الجلدية كالجدري والحصبة مثلا وهذه الغنغريسا فى الاطفال الصغار نادرة فقد اتفق ان طفلة عمرها نحو عشرين شهرا كانت سليمة البنية قوية جيدة الصحة غير انها صارت زمنا فرمنا تذهب يديها بين فخذيها كأنها

تحس بشئ متعب لها في فوهة المهبل مع كونها لم تنزل مشروحة الصدر حافظة
 لشهيتها فاتفق ان اخاها الصغير اصيب بالحصبة وسار هذا الداء فيه سيره
 الاعتباري بدون ان يحصل معه تضاعف مغم قال اولفير فلما رأيت ما بالطفلة
 من الهبوط والذبول التزمت ان ابحت فيها فرأيت على الوجه الانسي للشفير
 الكبير الالين قرحة مستديرة سطحية حجمها كعدسة وعمقها سنجابي اللون
 ومحاطة بدائرة حمراء خفيفة الاحمرار وفي اليوم التالي ظهرت فيها الحصبة
 ٤- اكتسبت القرحة في مدة يومين زيادة سريعة مع انها كانت قبل ذلك في منظر
 قلاع متقرح ثم ظهرت قروح اخر مثل ذلك على الوجه الباطن للشفير الكبير
 الاليس وفي محيط الفرج كذلك وكانت حوافها معوجة مقطوعة بانحراف
 وعمقها سنجابي ايضا ولم يوجد لها رائحة ولا سيلان تن وبذلك كان
 لهذا الالتهاب التقريحي مشابهة عظيمة للتقرحات الزهرية الاولى غير ان
 الوضعيات المرخية من جميع الانواع لم تمنع سرعة سير هذا الالتهاب والذي
 ازال الشك في وجود هذه الغنغرينا هو صيرورة الاسطح المريضة جافة
 وغور تجاويف التقاعير في ليلة واحدة حتى احتوت على جميع سلك الشفير الكبير
 الذي مرض اولاً وظهرت فيها الرائحة الغنغرينية ثم في مدة اربع وعشرين
 ساعة تحول الفرج كله الى خشكريشة مسودة ومحاطة بدائرة حمراء منقورة
 وباوذيما حادة صيرت الجلدة لامعا جافا وزالت الحصبة في مدة يومين وفي ابتداء
 هذا الالتهاب الغنغريني ظهرت ظاهرات مخجية مصحوبة بصمى شديدة ودل
 على تقدم هذا الفساد تقدم ما موجب اضطراب من الطفلة على الدوام وصياحها
 وحركاتها التشنجية مع انه لم يكن معها تغير في تحايط الوجه وكان بطنها
 مسترخيا لبنا ولا تتألم بالضغط عليه وكان في برازها المتخرض من اعطائها
 حقنة بعض سيولة فعولت من ابتداء الداء الى نهايته بالمشروبات المحضة
 والحقن بكبريتات الكنين والاستحمامات التلمية والغسلات والزيورات الكثيرة
 من محلولات كلوريد الكلس والصود وبالسائل التقنيكية المبتلة من هذا المحلول
 ومع ذلك لم يحصل من ذلك كله منفعة وماتت بعد ان كبدت آلاما شديدة

في اليوم الثاني عشر والسير المخادع لهذا الداء في الايام الاول من ظهوره هو الذي اُزِم تأخير استعمال الوضعيات المهيجة لانه كان يلزم في مثل تلك الاحوال كي هذه القروح واستدامة تلك المعالجة المرضية لا يقاوم سعي الغنغرينا باسرع ما يكون والظواهر العامة هنا كانت مختلفة عن الظواهر التي تصاحب غنغرينا القم فانه لم يكن هنا ضعف زائد في النبض ولا ذهاب لون الجلد ولا فواق ولا انتفاخ في البطن ولا اسهال وانما كانت الطفلة حافظة الى نهاية الداء اللون الوردي للجلد وقوة النبض وكثرته واسترخاء البطن وبقي لجهامتين القوام سميما وذلك الاختلاف ناشئ كما هو قريب للعقل من اختلاف مجلس الداء فان في غنغرينا القم نجد جميع نتائج الفساد المرضي مرتبطة بفوهة الطرق التنفسية وربما كان التشرب الرئوي للتصعدات العفنة من الجزء المتغنغر سببا لمعظم الاعراض الضعفية المصاحبة لهذا الداء لانه يشاهد اذ ذاك جميع الظواهر التي تنتج من زرق المواد العفنة في الاوردة واما في غنغرينا الفرج فلا يشاهد مثل ذلك بل يوجد انفعال حي مستدام وصياح واضطراب ويريد ذلك كلما تقدم الداء لان بورة الفساد هنا توجد منعزلة وليست قريبة لفوهة الاعضاء التنفسية والهواء المستنشق ليس متغبرا لاصول فاسدة عند دخوله في الرئتين بل يصح تأكيد تلك المشابهة التي بين هذين الداءين باختلاف الحالة العامة للطفل في الحالتين وعلى اى حال مهما كان الرأي الذي اختير يظهر ان من العقل ان تنسب سرعة الموت في كلا الحالتين للمجلس الخاص المشغول بالداء المرضي الذي ينسب مباشرة لفساد الدم في الدورة بواسطة التنفس انتهى

الفصل الرابع

في بعض امراض في الشدين

التدين في المولودين كثيرا ما يكونان مجلسا لا تنفخ مسبب عن تراكم سائل لبني بحيث يمكن خروجه دفعات بالضغط وذلك التيج الذي يعسر توضيح سببه قد ينشأ عنه في بعض الاحوال التهاب يتبعه تكون خراج وهذا السائل منفرز

يقينا

يقينا من الغدد الثديية التي كثيرا ما تكون في المولودين اعظم نموا من الغدد
 اللعابية او نقول ان هذا الاحتقان برهى سريع الزوال وبالجملة امراض اعضاء
 تناسل المرأة ذكرناها في كتاب امراض النساء وامراض اعضاء تناسل الذكور
 في الاطفال لا تختلف عن ما في الكبار البالغين

الباب الثالث عشر

في امراض المجموع الليفنفاوى

امراض هذا المجموع في الاطفال الذين لم يبلغوا سنة ليست باكثر
 مما في الاطفال المتقدمين عن ذلك في السن فهم مشتركون في الاصابة بامراض
 هذا المجموع كغيرهم وينبغي ان تعلم ان العقد الليفنفاوية المسارية يقية التي
 قد تصير بسرعه مجلسا لالتهاب مزمن بل ولفساد ذرى في الاطفال الذين
 جاوزوا سنة واصيبوا بالتهاب مزمن في الامعاء لا تكاد غالبا هذا الالتهاب
 في الاطفال الصغار جدا وانما التغير الذي يشاهد فيها معهم هو الانتفاخ
 الخفيف فاذا شقت العقدة وجد فيها صلابة قليلة وحجرة وردية واحيانا شدة
 احمرار فاذا تقدمت الاطفال في السن حصل في تغذية تلك الاعضاء وتركيبها
 تنوع به تكون مهیئة للالتهابات المزمنة التي تصير هي مجلسا لها في الداء
 المسمى بالاحتقان المساري فيكون هذا الداء من الامراض التي تصيب
 الاطفال الكبار لا المولودين قريبا ولا الرضع ومع ذلك قد لا يسلمون منه
 ولكن اصابتهم به نادرة ونقول ايضا ان العقد الليفنفاوية التي في العنق والمحیطة
 بالتقاسيم الشعبية واصول الرئتين هي التي تلتهب غالبا في الاطفال الصغار
 وتحتقن اكثر من العقد المسارية وان هذه العقد المسارية يقية تكون
 قليلة النمو في المولودين ثم تأخذ في زيادة النمو حتى يعظم حجمها في مدة
 السنة الاولى وتصير اكثر قبولا للامراض والافات كلما زاد حجمها وامراض
 هذا المجموع كثيرة لان ذكر منها هنا الاما هو مخصوص في الغالب بسن الطفولية
 وهو الدرن المساري في اي احتقان العقد المسارية يقية والخنزير وليكن ذلك
 في فصلين

الفصل الاول

في الدرن الماساريقي اى احتقان العقد الماساريقية

يسمى هذا الداء ايضا بالاستحالة الماساريقية ويسمى بالافرنجية كارو بفخ الكاف وضم الراء ممدودة ورجم اسمى بالمعوى الماساريقي وبغير ذلك من اسماء كثيرة مذكورة في المؤلفات ويعنون بتلك الاسماء ما يشمل انتفاخا وتيبسا في البطن ونحوه في الاطراف مع ان ذلك يوجد في مرضين مختلفين بالذات الاول التهاب معوى مع احتقان التهابي في العقد الماساريقية والثاني حالة درنية في هذه العقد لا غير والحالة الاولى منهما ذكرناها في التهاب المعوى واما الحالة الثانية فهي التي تذكرها واكثر من يصاب بذلك من هو في سن الطفولية وان اصاب به غير الاطفال خلافا لبعضهم حيث ظن اختصاصه بالاطفال وقد شوهد ايضا في الاجنة كما شوهد ايضا في البالغين بل وفي الشيوخ بل ليس هذا الداء في نفسه زائد ~~الكثرة~~ في الاطفال خلافا لما يظن عموما ونسبته في الاطفال الاناث تقريبا حسا شاهد جرسان في مارستان الاطفال كنسبة سبعة او ثمانية لمائة وفي الاطفال الذكور كنسبة خمسة او ستة لمائة بل تلك النسبة في الاعمال الاهلية اقل من ذلك لان الاطفال الاهلية تكون اقل تعرضا لاسباب الدرن كالبرد الرطب والتغذية الرديئة والوساخة ونحو ذلك من القاطنين بالمارستانات

الاسباب * الاسباب المعينة في الغالب على تولد الدرن الماساريقي تنقسم الى ربتين احدهما اسباب عامة تشترك فيها جميع الافات الدرنية وثانيتهما اسباب خاصة منسوبة على الخصوص للدرن الماساريقي فن اقوى اسباب الرتبة الاولى الطفولية والاثوثة والمزاج اللينة اقوى القوي والبرد الرطب والتغذية الغير الكافية واستعمال الاغذية الرديئة الطبيعية او النباتية لا غير وسما الدقيقية والارضاع الصناعي على قول بعض المؤلفين او الارضاع من ممرضة خنازيرية المزاج وبالاكثر الزهري المزاج كما ثبت ذلك بالمشاهدات وكذا جميع ما يبيع الغشاء المخاطي المعدى المعوى تهيجا طبيا من مناسسته اما متكررا

كالنخعات

كالتغلات المتكررة الحاصلة من الاغذية العسرة الهضم والكثيرة الكمية والمقشبات والمسهلات ونحو ذلك من الادوية المهيجة التي يعطيها كثير من الامهات والمراضع للاطفال كثيرا فانها مهلكة لهم يقينا وقد شوهدا حيانا ظهور هذا الداء من تأثير اسباب احدى هاتين الرقتين دون الاخرى فيمكن في لذلك ان يرتفع الطفل من امرأة فقيرة الحال بحيث يكون لبنها مصليا وقليل التغذية وتكون مع ذلك ساكنة بمحل رطب ومعرضة لتأثير البرد الرطب فان ذلك كله قد يسبب للطفل آفة درنية في الماساريقا كما قد يسبب ايضا درنا عاما لجميع الجسم لان اغلب الاطفال الموضوعين في تلك الاحوال يموتون بالسل فيوجد في رتتهم وفي الماساريقا درجات الدرن ومثل ذلك يحصل في الطفل المكثّر من استعمال الجواهر الدوائية وان كان موضوعا في احوال غير معينة على ظهور الداء ففي هذه الحالة تلتب العقد الماساريقية قبل ان تصير درنية ويبقى الداء في الغالب موضعيا بخلافه في الحالة الاولى فاذا كان التهيج المستدام المتكرر في الطرق الهضمية يؤدي مع طول الزمن لتدور العقد الماساريقية فاحرى ان ينتج مثل ذلك من الالتهاب المزمن لهذه الاعضاء نعم الالتهاب المعوي وان كان يحرض الاحتقان الالتهابي البسيط للعقد الا ان ذلك الاحتقان لا يستحيل الى الدرن الا في بعض احوال ازيل من الاطفال فيهما مراعاة القوانين العنيفة

الاعراض * الاعراض التي ذكرها المؤلفون هنا ليست خاصة بهذا الداء وانما هي قائمة من اعراضه واعراض الالتهاب المعوي المزمن ومع ذلك نسبوا لهذا الداء بالاكثر الانتفاخ والحساسية في البطن والقيء والزلاقي والاسهال لماذا سنجابية تشبه التراب المفضل وحيانا يتبادل الاسهال مع الامساك ويصحب ذلك قد تشبه وحيانا شره للماكل وهبوط بعد الاكل ويحصل ايضا زمنا فزمننا وسيميا في المساء بعض فواتر في النبض وجفاف في الجلد ونحول في الوجه والاطراف لكن من الواضح ان معظم هذه الاعراض يظهر غالبا مع الالتهاب المزمن في الغشاء المخاطي المعوي واما الصفات الاخر التي ذكرها

انها مخصوصة بهذا الداء كالنظر البني للبول والرائحة الحمضية للتجريح الجلدي وانتفاع الوجه واللون المسمر الرصاصي للاجفان فمن المعلوم ان ذلك ينسب بالاكثـر للإفـات الـيدانية ويشاهد ايضا في امراض كثيرة مزمنة توجد في سن الطفولية فاذا يقال ما العلامات التي يعرف بها هذا الداء نقول اذا كان اسم الداء موضوعا للدرن الماساريقي لم يمكن كما قال جرسان ان يؤكد وجوده الا بالمس وإذا كان الدرن عظيم الحجم بحيث يمكن تمييزه والاحساس به من خلف الجدران البطنية كانت الصناعة غير قادرة على شفائه فاذا يكون من المهم الاجتهاد بابحاث جديدة في ايضاح تشخيص هذا الداء اذا امكن غير ان الوصول لذلك عسر لان الدرن الماساريقي لا يوجد منعزلا ولم يشاهده الطبيب الماهر جرسان حكيم مارستان الاطفال الا ومعه درن ايضا في اعضاء اخرى ولا سيما الرئتان ولذلك حكمنا بعسر التشخيص حتى ولو في ابتداء تكون ذلك الدرن وبالجملة فمن المهم الامعان في البحث لاجل الوقوف على حقيقة الحال حذرا من ان يؤسس على امر غير واضح استعمال علاج شاق غير نافع لهؤلاء الاطفال الصغار الذين لا يتحملون مشاق العلاج فيلزم للوقوف على ذلك ضبط اعراض الاحتقان الالتهابي في العقد الماساريقية وحصر عدد الاصول التشخيصية بل الاجتهاد حال غيبتها في اظهار ادلة وجود هذا الداء اذا شوهدت علامات عامة للداء ين معها ويمكن بواسطة علامات سلبية ان يوقف من اول الامر على جزء عظيم من التشخيص ومع ذلك قد يعرف تكون الدرن ايضا ببعض علامات عامة وبمصاحبته او عدم مصاحبته لآفة اخرى درنية وبالبحث في السبب الذي نشأ الداء منه

فاتنفاخ البطن وفحول الاطراف السفلى وانخرام الوظائف الهضمية هي العلامات العامة للالتهاب المعوي المصاحب لاحتقان العقد الماساريقية وللآفة الدرنية في هذه العقد فاذا اقتصر على ذلك في البحث لم يستفد منه تمييز هذين الداءين عن بعضهما واذا تعمق في البحث اكثر من ذلك جازا حيانا الوصول للتشخيص فاذا كانت هذه العلامات مثلامصاحبة للعطش والحرارة

والجفاف

والجفاف في الجلد والام الاصم في محل من البطن والاسهال الزلالى او المخضر
والخمول في الوجه مع انجذاب تحاطيطه الى الخلف والتواتر في النبض وكان
يحصل في تلك العوارض ازدياد بعد الاكل وخصوصا بعد هضم الاغذية المنبهة
فان الداء يكون حينئذ قائما من التهاب في الغشاء المخاطي المعوي بخلاف
ما اذا لم يشاهد شيء من تلك الاعراض الاخيرة وكان مزاج المريض خنسا زيريا
او سليبا وكان جلده مكر شاربيا واسهاله من مادة رديئة الهضم ولم يتأثر الداء
نفسه تأثرا محسوسا من الاكل ولا من طبيعة الاغذية كما يحصل ذلك كثيرا
وكانت الامراق اللدسة والبعوض اسهل هضمًا من الاغذية اللبنة والدقيقة
فان الغالب على الظن حينئذ اصابة المريض بدران العقد الماسارية لكن
في الحقيقة ليس ذلك كله صفات قاطعة لتشخيص هذين الداءين وتمييزهما عن
بعضهما لان الصفات المخصوصة بكل منهما حسما ذكرنا قد توجد مجتمعة كلها
فيعسر حينئذ التشخيص ولا يساعدنا على تحصيله الا التأمل في الاسباب
فاذا كان الداء حاصلا من تأثير فطامة رديئة الفعل او من افراط في استعمال
الدوية المهيجة او الاغذية المنبهة قرب للعقل ان ذلك التهاب معوي اما اذا
نشأ من تأثير الارضاع من مرضعة رديئة اللبن او مصابة بالسل او من تأثير
تغذية دقيقة او من السكنى في اماكن رطبة خالية من الشمس فان الغالب
على الظن وجود آفة درنية في الماساريقا فاذا لم يكف ذلك كله لازالة الشك
كان العلاج هو المحل للتشخيص فيلزم الابتداء باستعمال مضادات الالتهاب
وما يناسب الالتهاب المعوي فاذا حصل من ذلك تخفيف واضح تدريجي وذلك
يحصل دائما اذا كان الداء غير زائد العتاقة لم يشك في ان الحاصل التهاب معوي
فاذا ثقلت العوارض بذلك كان القريب للعقل هو تدرن العقد الماسارية بل
يكفي ان لا يحصل من مضادات الالتهاب تخفيف او ان يحصل عقب التخفيف
البرهي ازدياد عظيم في الاعراض فتعلم من ذلك طبيعة الداء نعم جميع ما ذكرناه
لا يزال جميع الشكوك غير انه يقرب للحقيقة وبه يتميز الداء الذي نحن
بصدده عن الاحتقان الالتهابي في العقد الماسارية ولنزد على ذلك انه بمقتضى

زيادة كثرة هذا الداء الاخير بالنسبة للدرن العقدي اذا دعى الطبيب لرؤية
 طفل بطنه كبير الحجم صلب واطرافه شحيلة جدا ووظائف هضمه رديئة السير
 كان الغالب الحكم عليه بأنه مصاب بالالتهاب المعوي ونذر ان يتخلف عن ذلك
 واحد من المائة

فاذا وصل الداء لآخرى درجة كانت معرفته سهلة جدا فانه يحس خيفته
 مع التمييز جيدا بالدرن من وراء الجدران الرقيقة للبطن فتوجد صلابة عديمة
 الألم في الغالب وتكون غالباً متراكمة بعدد كبير بحيث يتكون منها جلة كتل
 او كتلة وحيدة تملأ تجويف البطن ففي ذلك الوقت تكون الاعراض اعظم
 ثقلا ولا تنهضم الاغذية انهماما تاما بل يوجد فيها نصف هضم كما يعرف
 ذلك بالتامل في المواد الثقيلة ويكون النبض متواترا والجلد متكرشا متقلسا
 ترابيا والعطش محرقا لا يطفى والوصول زائدا وكثيرا ما يحصل انسكاب
 في تجويف البريتون ويصير المريض في حالة ذبول شديد ولم يمكث قليلا
 حتى يموت

الانذار * انذار هذا الداء كبقية الاكاف الدرنية في الاعضاء المهمة يكون
 في الغالب محزنا لكن اهلاكه بنفسه للمريض اقل من نسبة اهلاكه لمضاعفته
 الاعتيادية بالسل فقد ثبت بالمشاهدة ان الدرن الماساريقي قد يمكث زمنا طويلا
 بدون ان يفتج منه نفسه نتيجة مغمة فمن المشهور بنت عمرها خمس سنين ماتت
 بعد سقوطها في نار بخمس ساعات فوجد معها اثنتا عشرة عقدة من العقد
 الماساريقية ابتدأ فيها اللين مع ان هذه البفت كانت في حياتها متمعة بصحة جيدة
 عندما اصبحت بهذا العارض الذي تسبب عنه موتها واذا نظرنا في الامور
 الواقعية التي تثبت وجود الدرن في الماساريقا بدون ان يعجبها اعراض نرى
 ان ما يمكن شفاؤه منها قليل العدد ولذا كان الرأي العام هو ان هذا الداء يكاد
 ان يكون عضالا اى غير قابل للشفاء

الصفات التشريحية * يوجد في فتح الجثة جلة من العقد الماساريقية كبيرة الحجم
 درنية كلا او بعضها ولونها احمر وتختلف شدة احمرارها في المحال الخالية من تلك

الاستحالة ثم تارة تكون حافظة لقوامها وتارة تكون ليننة ويوجد غالباً مع ذلك
تقرحات في اجزاء المعال الدقيق المحاذية للدرنات وكثيراً ما يشاهد حولها
وفي مركزها وتحتها وبين البريتون والغشاء العضلي من المعال تحبيبات درنية
وهذه النتائج التشرحية المرضية تؤكد لنا الرأي الذي يعتبر التدرن في العقد
الماسار ببقية نتيجة لازمة لالتهاب الغشاء المخاطي المعدى المعوى

العلاج * من المعلوم ان الدرن الماساريقي سواء حصل عقب التهاب ام لا يعسر
شفائه متى نمى وظهر في هذه الحالة يصح ان يقال انه غير قابل للشفاء اما قبل
تكونه فانه يمكن التحرز منه بان يزال الالتهاب الذي يولده بالوسائط المناسبة له اى
بمعالجة مضادة للالتهاب جيدة الاتجاه حسبما ذكر في علاج الالتهاب المعوى
ولما كان من العسر دائماً معرفة الدرن في الابتداء وتمييزه عن الالتهاب المعوى
وكان الغالب كما ظن كثير من الاطباء المتأخرين كونه مسبوقاً واتجاهه
هذا الالتهاب كان من اللازم معالجته من الابتداء في جميع الاحوال بالوسائط
المناسبة لهذا الالتهاب فان بهما يمنع ظهور الداء بل وتنفع ايضا اذا ظهر فان
عندنا مشاهدات كثيرة حصل فيها النجاح والشفاء لاطفال ظهرت اصابتهم
بهذا الداء وحكم كثير من مهرة الاطباء بانه فيهم غير قابل للشفاء فعولجوا بالتدبير
الغذائي اللطيف والضمادات والحقن والاستحمامات المرخية والاستفرغات
الدموية الموضعية فتم لهم الشفاء كما ينبغي فاذا ابتدأت الاستحالة الدرينية
في العقد لم تنفع المعالجة المضادة للالتهاب وانما يلتجأ لغيرها فيبادر بتغطية
الجسم بصوف الفلانيل ويعطى للطفل اللعوم المشوية والامراق الدسمة
والانبذة المزوجة بالماء ويؤمره بالمغليات المرة كمنقوع خشيشة الديسار
وعرق المسهل المسحى باسيفس والبردانا والراوند فيعطى له في الصباح على الريق
ملعقة صغيرة من شراب اونييد مضاد لاسكوربوت او الكينكينا او الجنطيانا
ويستعمل له مع ذلك الدلك الجاف على جميع سطح البدن واذا كان الطفل
ساكناً في محل رطب خال من اشعة الشمس تقل لمحل جاف هوائى ويعرض لتأثير
الشمس ولا بأس بنقله للبلاد الحارة اذا امكن ومن اعظم الادوية التي

تستعمل بنجاح اكثر من غيرها من مسحوق الراوند بجلات البوتاس اجزاء
متساوية فيستعمل منه ست عشرة قحمة في الصباح ومثلها في المساء وعمله
خواص ايضا في هذا الداء المركبات الصابونية وحدها او متحدة مع خلاصة
الشوكة المباركة او المثلث الاوراق المسائي والشاهترج او الهنديا البرية المسحاة
باذان السميع والاستحمامات البحرية وقد نيل نجاح ايضا من الادوية الحديدية
والقويون ويقرب للعقل ان اليود له هنا فعل جيد كما في الخنازير وقد ذكرت
في المؤلفات امثلة كثيرة حصل فيها الشفاء بتلك الوسائط وطعن بعضهم فيها
بان الذي كان اذ ذلك انما هو التهاب معوي لا استحالة درنية لكن نقول
ان الالتهاب المعوي لا يشفي عادة بتلك الوسائط المنبهة فيقرب للعقل ان الداء
اذا لم يكن استحال في العقد فاذن لا ينبغي اهمال هذه الادوية وان منعها
الآن بعض المتأخرين ولكن بشرط ان لا تشهد علامات للالتهاب
المعوي وان يكون الطفل لينقاوي المزاج وموضوعا في الاحوال الرديئة التي
ذكرناها في تلك الحالة لا يخشى من تعاطيها نهائيه انه يلزم مراعاة القوانين
اللازمة لها والسيقة لتتأججها وان يبادر بمنعها وابدائها بالوسائط الماطفة
مضى ظهر منها فعل مهيج في القناة لا مقو كما هو المراد منها ولكن نقول انه
قد يحصل منها اخطار كثيرة اذا امر بها مع الجهل ودووم عليها بدون تأمل
في نتائج الرديئة كما شوهد ذلك كثيرا حيث عولج بهذا العلاج آفات كثيرة
تشبه بهذا الداء ولم تعالج بمضادات الالتهاب ولذا كان من العقل على رأينا
الابتداء بمضادات الالتهاب ولا تستعمل الادوية المنبهة الا بعد تأكيده عدم
منفعة هذه المضادات نعم لا يحتاج اليها اذا لم يأت الطبيب للمريض الا في الدور
الاخير من الداء وكان المريض قبل ذلك ساقطا في الذبول والنحول وقد علمت
ان النتائج الحميدة من مضادات الالتهاب لا تحصل الا في ابتداء الداء او عند
ابتداء الاستحالة الدرنية في العقد اما اذا تم التدرن فيها فينبغي اعتبار الداء خارجا
عن اسعاف الصناعة ومع ذلك اوصوا حيفئذ بادوية كثيرة لكنها عديمة النفع
فمنها الادوية الزيقية والآشق والصبر والسنا وخلصات المر والافسنطين

والقسط

والقسط الاسود والشكوري او جذر الاروم (اي رجل العجل او اذان الفيل)
وكربونات البوتاسه والباريت ومنها جله مركبات كماء الزئبق لتيدن والدهن
الحلو لاستال ويلوع يشير ويلوع جراتلوب وبلومير وروزان وغيرهم ومن
المعلوم ان الداآت العضال ~~تكثر~~ اذ ويتها لعدم نفع الادوية فيها ومن ذلك
ما نحن فيه فان هذه الادوية لا قدرة لها على مقاومة هذا الداء بل ربما عجلت
فقد المريض لانها تهيج وتلهب الغشاء المخاطي المعدى المعوى فتجمل لبن الدرن
فالاولى تركها بالكلية والاقتصار على التدبير الغذائى المناسب والاحتراسات
الصحية التى ذكرناها

الفصل الثانى

فى الخنازير

يحدث هذا الداء بانه حالة مرضية عامة فى البنية تصاب فيها العقد والاعوية
اللينفاوية كالمسائل الذى يعرفها وهو معروف قديما عند اليونانيين وغيرهم
بهذا الاسم لمشابهة لداء مخصوص بالخنازير ثم هو كغيره من الامراض التى
هى متعلقة بتنوع عام فى البنية وغير محررة الاسباب طالما كابد تغيرات وآراء
مختلفة وبيانات تعليمية كثيرة فمعظم القدماء جعلوه تغيرا فى الاخلاط فاشتبا
من وجود عيب او خيرة او جرمومة او مادة فاسدة فيها فنسبه بقراط وجالينوس
لبلم كفيف ثابت فى العقد اللينفاوية وتسمى كثير من المتأخرين بهذا الرأى
منهم باريه ودوريت وسنقطور يوس وغيرهم ومنهم من نسبه لمحض ظنه
موجودا وهو المحض المسمى فصفوريك اولعيب خاص فى اللينفا اولتحويل
جدرى او غير ذلك واما الذين ينسبون الامراض للاجزاء الجامدة فلهم آراء
غير ذلك فسرلج يظهر انه اول من نسبه لضعف اصلى فى الاعوية والعقد
اللينفاوية ومشى على ذلك كائيس ويشاوبنيل والبير وريشرن وغيرهم ونوع
للتبشير هذا الرأى بعض تنوع فجعله تغيرا عظيما فى التغذية فنتج من ذلك بالضرورة
فقد التضع الحيوى وعيب فى الاجزاء المحيية الحيوانية وضعف حقيقى فى جميع
النسوجات العضوية وبعضهم نسبه لقابلية تهيج فى المجموع اللينفاوى ومن

المعكوم ان ذلك رأى بروسية الذى اجتهد فى تقويته وتأنيده وسنحت فى ذلك
الآراء قريبا وتظهر منها ما هو اقرب للعقل

الاسباب يظهر ان الخنازير تحصل من اسباب كثيرة فمن ذلك جميع ما يفيد
تسلطن السائلات البيضاء فى الجسم ويطمع فيها فساد بحيث يصيرها غير جيدة
للغذية وكذا جميع ما يزيد فى فعل العقد والاوعية اللينفاوية فبمقتضى ذلك
يكون عندنا رتبتان من الاسباب احدهما اسباب آلية او تشريحية
فسبولوجية وثانيتهما اسباب صحية او عارضية

فالاسباب الآلية هى التوارث والاستعداد اذ لا يشك احد فى ان هذا الداء
كثيرا ما يكون نتيجة استعداد ارثى او مزاج لينفاوى فقد تشاهد اشخاص
كثيرون من عائلته واحدة مصابون به ثم تارة لا يصاب منهم الا الاطفال الذكور
وتارة لا يصاب الا الاناث بدون ان يعرف من اصيب اولاً من العائلة ولكن ليس
بلازم ان تولد الاطفال بمن هو مصاب بهذا الداء حتى يكون مع الطفل من
وقت الولادة جميع الاستعدادات الآلية للخنازير فانا نشاهد كل يوم موت
اطفال بهذا الداء مع ان اقا ربهم ممتعون بصحة جيدة ويوجد تطير ذلك ايضا
فى السل الرئوى ونحوه من الامراض التى يظهر كونها مرتبطة بالتوارث
وظن بعض المؤلفين انه اذا وقع تلقيح البذرة فى زمن الحيض جاز ان يولد الطفل
بهذا الداء ورجا تقوى ذلك ببعض مشاهدات ذكروها ولكن الاقوى من ذلك
هو ان هذا الداء يصيب بالاكثر الاطفال الذين يولدون من اهل ضعاف
يفرطون فى الوطى او من امهات يدمن مدة الحمل على ارضاعهن ويقال ايضا
ان الارضاع المصاحب للحيض قديعين على ظهور هذا الداء لكن هذا رأى
وان كان مسموعا عند بعض العامة هو مرفوض الآن عند اطباء والاوضح
من ذلك ان يقال ان الداء يصيب بالاكثر الاطفال اصحاب المزاج اللينفاوى
بحيث يظهر على رأى كثير من المؤلفين ان حالة الخنازير انما هى افراط فى هذا
المزاج كما قال بذلك ريشن وغيره ولذا كانت النساء المشاركات للاطفال
فى هذا المزاج يصبن به اكثر من الرجال ونسبة ذلك على رأى لبلتير

كنسبة خمسة لثلاثة وتظهر هذا الداء غيره من الاستحالات الالكية التي تحصل في تركيب المنسوج الايض كالسل الرئوى والاحتقانات الغدية فلا تصيب بالاكثر الا من تسلطن معه هذا المزاج ورأى بعض المتأخرين ومنهم استروك وكبير واستبول ان هذا الداء انما هو تحول او استحالة للمادة المعدية الزهرية ولكن ذكر بودلوك ان اصل الخنازير موجود قبل مجيء الداء الزهرى لا قالينا بقرون كثيرة وان المشابهة بين هذين الداءين انما هي ظاهريّة فقط ثم على ان هذا الداء ورائى عند القائلين بالاخلاط وانه حاصل من مادة مخصوصة يقال لانه قد يكون معديا وهو رأى دلو رنس وبوردو وغيرهما غير ان قورطوم ونبيل وريشرن وديوترن ولبلتير وغيرهم فعلوا بحجريات بقصد ايصال هذا الداء للغير بان وضعوا على سرير واحد اطفالا سليمين مع اطفال مخنزرين وبذلك جلود السليمين بصدية آت من الاطفال المخنزرين وتلقح الصديد تحت البشرة وبزرق مواد القروح الخنازيرية الواضحة في معدة حيوانات سليمة اوفى اوردهن فلم يصح ذلك وقد اختير عموما ان لبن المرشعة المخزرة لا يجهز للطفل الا مواد مؤذية غير جيدة للتغذية وبموجب ذلك يعرضه للخنازير لكن تقول ان من ينسب لهذا اللبن خواص العدوى من اطباء قليلون ولذا كان الارث الذي اعتبر انتقالا للمادة المعدية او اصل الخنازيرى من الاهل للاطفال غير مقبول الآن واما اعتبار كونه استعدادا خاصا للبقيّة فيمكن تأنيده في احداث الداء وهذا غير مشكوك فيه وبعبارة اخرى يصح كون الداء وراثيا لامعديا

الاسباب الصحية لا ينسب لهذا الداء من الاسباب الخارجية الكثيرة الحصول المختارة عموما الا السكنى في الاماكن الباردة الرطبة والمنخفضة والاجامية الغير القابلة جيد الضوء الشمس ولذا كثر في البلاد الرطبة وذكروا من الاسباب الانتقال الى اقليم بارد رطب كانتقال الهنديين الى بلاد الانقليز والسودان الى مصر ومنها سكنى المدن الكبيرة وسما المحتوية على خلائق كثيرين خصوصا اذا كن ضوء الشمس فيها قليلا وظهر عند بودلوك ان السبب الوحيد اللازم لهذا الداء هو استنشاق الهواء الغير المتجدد الخالى عن القدر الكافى

من الاوكسيجين ولذا كان كثيرا ما يشاهد في البلاد التي فيها الفجوات والمعامل
ومساكن الحيوانات الالهية غير اننا شاهدنا من جهة اخرى كل يوم اطفالا
معرضين لتأثير هذا السبب مع ان صحتهم في غاية الجودة بحسب الظاهر واطفالا
اخر موضوعين يقتضى قوانين الصحة ومع ذلك يموتون بهذا الداء فاذا جعل
هذا من الاسباب اما من المبالغات او من غلط بودلوك قد ثبت الآن عدم
حصول هذا الداء من هذا السبب وحده لانه لا يوجد الا في اطفال او اشخاص
مستعدين له مع ان هذا السبب كثيرا ما يجتمع مع الاغذية الرديئة ومع جميع
نتائج الفقر والسكنة ولم يذكر بودلوك شيئا من ذلك وزعم همبلد ان مما يعين
على ظهوره نقص التأثير الكهربي في كفاءة الحرارة والاوكسيجين لكن ليس
عندنا ما يحقق هذا الرأي وربما كان من الاسباب فقد الضوء لانه يتبعه
انتفاخ الجلد واسترخاء اللحم والانتفاخ العام في الجسم وذلك يعطى للشخص
سحنة خنازيرية ولا شك ان ذلك السبب تابع لسبب البرد الرطب المصاحب له
وقد شبه لبتسير حالة المختزين بذبول النبات وقوى تأثير هذا السبب وذكرنا
من الاسباب المعينة على ظهوره الاغذية الغليظة المتعبة للمعدة وغيره من
اعضاء الهضم او الحاصلة من مرضة رديئة الصحة مصابة بالخنازير او الداء
الزهري او الدرنى وكذلك الاغذية الرديئة التخمير والمشروبات الغير المتخمرة
وبجميع ما يغير بنية الشخص ويحلى السائلات من اصولها المغذية وكثيرا
ما يظنون حصوله من استعمال المياه الاتية من ذوبان الثلج والجليد لكونها
خالية من الهواء لكن ذلك غيرا كيد ومثلها ايضا المياه المحتوية على مقدار كبير
من املاح الكلس بحيث يرسب منها في جريه شئ من ذلك وقد نسبوا الداء
ايضا لفاعل كياوى وهو الزينق والتجربة اثبتت ان مستحضرات هذا المعدن
كثيرا ما تطبع في المجموع اللينفاوى تنوعا مخصوصا وفي البنية كلها هيئة
مثل ذلك مماثلة للهيئة الخنازيرية ولذلك قالوا ان الانخفاض المعرض لتأثير
هذا المعدن اما بصناعتهم او باستعمالهم له في علاج يستدعيه قد يلدون
اطفالا من اجهم خنازيري فاذا لم تنوغل في هذا الرأي فلا تأمل من ان تقول

ان التعرض لمستحضرات هذا المعدن يحصل منه استعداد آلى لهذه الحالة
 الخنازيرية بحيث يسهل انتقالها للاطفال بالتناسل اى ينتقل لهم الاستعداد
 لذلك لانهم يولدون ومعهم مادة معدية او جرثومة خنازيرية
 واما كيفية تأثير هذه الاسباب فنقول فيما لاشك ان الاسباب المذكورة تطبع
 في البنية تنوعات تعين على التولد الخنازيري لكن يقال ما كيفية
 تأثيرها وما هيئة تتابع الظاهرات المرضية التي يقوم منها الداء وهل تأثيرها اولا
 في الاجزاء الصلبة او في السائلة او فيهما معا وكل من ارباب مذهب الاخلاط
 ومذهب الجوامد اسس بيانه على حسب ما يقول به مع ان الاخلاطيين
 الذين يقولون اما بالحضية او الحرافة او القلوية او الثخانة او الغروية في اللبنا
 لم يشاهدوا من تلك التغيرات الحققة او المفروضة الانتائج الاسباب التي اثرت
 مباشرة على السائلات وارباب الجوامد الذين ينسبون الخنازير لضعف
 او تسلسل في الفعل الحيوي الذي في الاوعية والعقد اللبناوية التزموا بالطبيعة
 ان يروا حصولها من سبب اثر على خصوص المنسوجات الداخلة في تركيبها
 فالاسباب عندهم هواء طبيعية او عضوية وعندهم من قبلهم كيماء او حيوية
 ثم الى الان اضع لنا تأثيرها في الجهاز اللبناوي لكن لم يبحث احد في ظاهرات
 التدم عن سبب داء الخنازير ويقرب للعقل ان بودلول هو اول من نسب
 هذا الداء لطيب قريب في التدم حاصل من تغير كيماء في الهواء قال فاذا كابد
 الهواء المستنشق بعض تغيرات في المقادير النسبية لاصوله المركبة له كنقص
 الاوكسجين وزيادة الحمض الكربوني كان التدم اى نضج الدم بذلك معيبا
 غير تام ومن حيث ان الدم يحتوي على مواد التغذية والافراذ يلزم ان ينطبع
 في تركيبه بسبب ذلك تغيرات يختلف غورها فتظهر من ذلك الخنازير فيكون
 السبب اللازم الضروري له هو تغير الهواء وبموجبه تغير التغذية فيكون
 مبدأ التغير في السائلات انتهى واستشككوا ذلك باشكالات كثيرة لا حاجة
 لبرادها كلها وانما نقول لو كانت الخنازير ناتجة بالضرورة من عيب في الدم
 ناشئ من تسلسل الازوت والحمض الكربوني او فقد الاوكسجين من الهواء

الذي يستنشق في بعض الاماكن فكانت العلامات الاول للداء شبيهة
 باعراض الاسفكسيا البطينية التي تظهر بالاكثر في الجهاز الدموي لا كما يحصل
 من ظهور ذلك في المجموع اللينفاوي مع انه لم يشاهد في الاسفكسيا
 الناشئة من فقد الهواء القابل للتنفس نتائج محسوسة في جهاز الاوعية والعقد
 اللينفاوية على اتنا شاهد كل يوم اشخاصا مختارين ولدوا وعاشوا في اماكن
 جيدة الهواء جدا كما شاهد ايضا اشخاصا اصحاب صحة جيدة تامة مع انهم
 اعتادوا على المعيشة في هواء خال من جزء من اوكسيجينه او ممتليء من الازوت
 والحض الكربوني. وتقول من جهة اخرى لولم يكن البرد الرطب الامعيا ثانويا
 للخنازير كما لو بدلولك لم يكن في البلاد الباردة اكثر من غيرها مع انه ثبت
 بالتجربة خلاف ذلك اعني ضرورة المجموع اللينفاوي مجلسا للاحتقان بسبب
 البرد الرطب الطويل المدة ونسب بوردو هذا الداء لعيب في التغذية اي لمرض
 عام في العصارة المغذية اي في اللينفا الا ان السبب لذلك لا يكون مقصورا على
 واحد وانما يشمل جميع ما يطبع في اللينفا تغيرا في اصولها المغذية وربما
 كان هذا الرأي اقرب للحقيقة من رأي بودلوك الذي اختار سببا واحدا فقط
 والطبيب بلتيير الذي له اشغال جليلة في هذا الداء وقت سلطنة القول بتغير
 الجامدات لم يشاهد في الخنازير الا افة في المنسوجات لافي السائلات اللينفاوية
 وقد سبق اننا ذكرنا عن هذا الطبيب ان نتيجة اسباب الخنازير هي عدم النضج
 الحيوي وضعف القوة الحيوانية وذلك سبب حقيقي لضعف جميع المنسوجات
 الالية ولا يعسر على الرأي القبول لو جئنا بوجد في الفساد الخنازيرى جميع
 نتائج الاسباب المهيجة التي اثرت بالخصوص على المجموع اللينفاوي وفي الداء
 نفسه التهاب دواني لان جميع التهيجات المرضية او الصناعية التي تكون قرب
 عقد العنق والابط او الاربية او غير ذلك كثيرا ما يتسبب عنها احتقان والتهاب
 في تلك العقد ويحصل مثل ذلك ايضا في العقد الشعبية والرئوية والماساريقية
 بسبب تهيج نزلي او غيره ثابت قرب هذه الاعضاء وبالجملة لا يخفى كثرة
 الامور الواقعية لتوضيح هذا التهيج الذي هو سبب الخنازير على هذا الرأي نعم

قد يعارض ذلك بالبعد العظيم بين الاحتقان الليفافى والاورام الخنازيرية
وبين التهاب العقد الليفافية والاستحالات الدرية والى هنا انتهى ما عندنا
فى البحث فى الاسباب عن اجوبة الاسئلة المتقدمة فلنبعث الان عن ذلك
فى الاعراض

اعراض الخنازير * لنقسم هذه الاعراض الى رقتين اعراض موضعية
واعراض عامة

الاعراض الموضعية * الغالب ان يظهر والشخص فى منظر الصحة الظاهرة
على مسير العقد والاورام الليفافية او كرات بيضاوية تتحرك تحت الجلد
وتضاعف كثيرا او قليلا وتأخذ تدريجا فى زيادة الحجم وتبقى مدة اشهر او سنين
بدون الم ثم يصعبها حرارة واحمرار وانتفاخ موضعى وحركة جمة وبعد ذلك يظهر
التوج فيها فالجلد يرق ويتقرح ويخرج منه امانى ان واحد او على التوالى مادة
متجددة منظرها وقوامها كالجبين او سائل مصلى قيى مقبل لتدف زلالية
وتختلف كثرة ذلك التقىج الا تى من العقد الليفافية والمنسوجات القرية
لها ولا تحد مدته فقد يكثر اشهر ابل سنين كاملة والالتحام يحصل ببطى
فى جميع الاحوال ويكون عمق القرحة مكوونا من ازرار مفرطحة او قليلة
الظهور وحوا فى القرحة مزرقة او بنفسجية فاذا انضمت وجد فى محل
الالتحام آثار لاحتى وذلك ناشئ من فقد جزء من الجلد ومن المنسوجات الحلوى
للعقد الليفافية ومن الالتصاقات التى تكا بد ها الحوا فى بالعضلات التى تحت
الجلد واكثر ما تظهر هذه الاعراض حول العنق وتندر تحت الابطين
وفى الاريتين واقل من ذلك فى المأبضين

والجلد فى كثير من الاحوال يكون مجلسا لانتفاخ وتقرح يظهر فى اقسام من
الجسم وسما البدن والاطراف ويخرج من تلك التقرحات قيى مصلى يختلف
كثرتة ويترك بعده فى الغالب مادة اكثف منه كأنها جبينية واحيانا درية
تفصل الجلد وتزيل التصاقه بما تحته وفى مدة هذا التقىج الطويل المدة تبقى
حوا فى القروح مدمة فطرية واحيانا ينكشف منها اسطحة عضلية عظيمة السعة

وكما نضاعف التقرح انخرمت الصحة العامة للجسم واتضح سوء البنية فيصير

الداء عاما

ومعظم المؤلفين جعلوا شير هذا الداء طبياً غير محسوس ومدته طويلة غير محدودة وبالاختصار جعلوه مرضا صفاته الذاتية اللازمة هي الازمان بل ذكر قومسون انه التهاب يلزم كونه مرضا فالازمان صفة له لكن اذا نظرنا للاهمور الواقعية نرى انه قد توجد فيه الحدة التي توجد في غيره من الاعراض كما يقع ذلك كثيرا للاشخاص المستعدين له اذا كلبدوا تأثرا سببا به الطبيعية والصحية بسرعة وقوة كالذين يشتغلون في المستحضرات الزيقية او يعالجون بهامدة طويلة علاجا سبيا الاتجاه والذين يكابدون تأثير البرد الرطب مع معيشتهم في هواء فاسد قليل الاوكسجينية ومنا هدا ذلك كثيرة

الاعراض العامة للخنزير * يشاهد سوى الاعراض الموضعية صفات فسيولوجية لازمة في الغالب لهذا الداء كالمزاج اللينفاوى الذى صفاته المميزة هي رقة الجلد وبياضه وشقرة الشعر وكبر الرأس وغلظ الشفتين وطول العنق وضيق الصدر وكبر البطن وبروز الخااصل واسترخاء اللحم واستدارة شكل الاطراف واللون الوردى وكثيرا ما يضم لتلك الاوصاف جملة ظاهرات مرضية تطبع في الشخص هيئة خنازيرية لا تخفى كاجرار الاجفان واستدامة التدمع واتساع الوجه واتفاخه واللون الكاوى والهيئة الترابية الغبارية على الجلد والشقوق في اليدين والرجلين واحيانا لا يكون فساد الداء مقصورا على احتقان العقد اللينفاوية الظاهرة بل يمتد ايضا للعقد المحيطة بالشعب والتي في الحجاب القائم والماساريقا بحيث يظهر كأن الجهاز اللينفاوى كله مصاب بالداء وماعدا ذلك قد تعرض ايضا آفات اخرى في اعضاء اخرى كثيرا ما يكون الجلد مجلسا لاجرار واندفاعات بثرية وتقرحات مختلفة والاورار والاعشبية المجللة والمحاقظ الزلاية وبقية المنسوجات البيضاء تنفخ وتلين وتضيق في منظر الشحم الجامد مصفرة وتنفخ ايضا الغضاريف والاطراف العظمية وتنسوس اى تنفخ وتدخل ايضا الاغشية المخاطية في هذا الفساد العام فيحصل من

ذلك

ذلك التدمع والارماد والقلاعات والاسهالات المزمنة والزلات الشعبية
وفحو ذلك والعظام بدخول مقدار عظيم فيها من السائلات البيضاء يزيد لينها
وقا بليتها للاثناء فتتفخ ويتشوه تركيبها وينشأ من ذلك ما يسمى
بالاكروستوزس اى الورم العظمى

وسير هذا الداء يختلف كثيرا كما يختلف ايضا انتظام ادوار أعراضه ودرجات
شدته ويندر مشاهدته قبل التسنين الاول واندر من ذلك بعد البلوغ كما لا يشاهد
في سن الشيخوخة وكثيرا ما تكون نهاية الداء الحيات الاندفاعية وخصوصا
الحصبة والجدرى ولا عجب في ذلك اذا تذكرت ان الجهاز الليفى له فعل
قوى في مجت الاسباب والامراض لمثل تلك الآفات وكذلك السعال
الكبى يظهر ان له تأثيرا قويا في الخنازير فان من المعلوم انه يعين بالاكثر فعل
التدرن الرئوى وشوهه ايضا ان كلاما من الحمل والولادة والارضاع يطبع في جميع
المجموع الليفى زيادة في الفعل الحيوى اعنى فيها في المجموع الليفى
تكون نهاية التدرن في الجهاز العقدى الصدرى او البطنى ففى تلك الاحوال
يسير الداء سيرا حادا ويعصبه غالب الحركات حمية ويكون حينئذ محزنا اما في الحالة
الاعتيادية اعنى اذا ظهر مع الطفولية فانه يكون بطيئا السير ويمكث
في الغالب سنين قبل ان يصل الى نهايته والغالب انهاؤه زمن البلوغ

التشريح المرضى والمجلس والطبيعة لهذا الداء الصفات التشريحية للخنازير
تختلف كالصفات الفسيولوجية باختلاف درجات الداء والاجزاء المشاهدة
فلاجل دراستها يلزم البحث عن سائلها وصلبها فالاول من المحقق انه يوجد
في الخنزيرين عدم تناسب بين الجامدات والسائلات العضوية وذلك ناشئ من
نقص في الجزء الاحمر من الدم كما كد ذلك بورتال او من زيادة في جزئه المصلى
كما يتضح ذلك بادنى مشاهدة وذلك النقص في الدم والكثرة في الليفى او المصل
لا يتضح بهما تكون الدرن الخنازيرى لان هيئة الخلوروزس والاوزيميا العامة
وفقد مقدار عظيم من الدم بحيث تسبب عنه زوال لون المنسوجات جميع ذلك
لا يحصل منه الدرن الخنازيرى فاذا ن يكون هناك تغيرا طبيعيا او كيمياويا

في السائلات ينبغي ان يبحث عنه في الامور الواقعية

فقط نظر عن كثرة السائلات البيضاء التي هي احد اصول المزاج اللينفاوي
واحد الصفات التشريرية للخنازيرية ~~ممكن~~ بادي بحث ان يحقق ان تركيبها
الخاص لم يكابد تغيرا محسوسا لان من المحقق ان الاصول الملمية المتسلطنة
في تركيب السائلات اللينفاوية هي فوصفات الكلس وكربوناته وكلوورور
الصود ومن المعلوم ايضا ان هذه الاصول نفسها يقوم منها اعظم جزء من مادة
الدرنات الخنازيرية لكن ذكر بعض الكيمائيين انه وجد مقاديرا من فوصفات
الكلس في لبن بقرة مصابة بداء يسمى بومليير وهو آفة درنية شبيهة بالسل
في البشر ~~كثير~~ مما في لبن بقرة سليمة بسبع مرات فهذه المشاهدات وامثالها
من الامور المهمة التي ربما توضح لنا شيئا من الطبيعة الخاصة للخنازير ومن
معالجتها وهناك امر آخر ينبغي اعتباره وهي حمضية معظم مستنجات
الافراز

واذا اعتبرنا المادة الخنازيرية بالنظر لحوالها التشريرية ترى انها تختلف
في الكمية والقوام ومناسبة الاصول المركبة لها باختلاف اقسام الجسم
المشاهدة هي فيها اقترانها في العقد اللينفاوية للعنق والابط والاربية يقوم
منه اول اعراض الخنازير وهو اول درجة للداء والجلد حينئذ يكون سليما
ومنسوج العقد يكون مندججا سنجيا يابو جد في سمكه مادة تختلف كثرتها
ثم فيما بعد تصير هذه الاورام مؤلمة بسبب التهاب المنسوج الخلوي المحيط بها
ثم يرق الجلد ويتقرح فتخرج منه مادة مصلية قيحية في الابتداء ثم تكون
مدمة وجبينية ولبية وقد تكتسب هذه المادة قوام الطباشير بواسطة تخير
الاجزاء السائلة منها وتلك حالة ربما تقبض احيانا من العلاج بوضع اليود
ويظهر في جميع الاحوال ان تيبس المادة الدرنية يحصل دائما من الدائرة
الى المركز فيتبع سيرا مخالفا لسير الدرنات الرئوية ويكون معظم الاجزاء المتيبسة
مكونا من فوصفات الكلس وكربوناته بالمقدار الذي يكون في المنسوج
العظمي فلذا ازيلت هذه المادة بملقعة صغيرة كما يفعل ذلك اذا اريد تعجيل

التعافي

التحام القروح الخنازيرية وجدت جدران البؤرة متعوجة غير مستوية
ومكونة من منسوج خلوى كثيف سنجابي كأنه ليفي وتكون حواف القروح
في الجلد رقيقة مشرمة مدمة وأحيانا يعلوها تولدات وأحيانا تدخل في عمق
القرحة على شكل اثره ولكن لا يوصل لذلك في الحقيقة الا بعد زمن طويل
وبعد ان يحصل في المنسوجات المصابة تحولات كثيرة فاذا كان هذا الالتحام
تام زالت العقد التي كانت مجلسا للتيبس فيلتصق الجلد بالعضلات التي تحته
التصاقا متينا

والصفات التشريحية لا تكون قاصرة فقط على العقد الليفافية التي هي مجلس
للداء فقد تحصل ايضا آفات يختلف ثقلها في الجلد والاغشية المخاطية
والمصلية والعظام وتوابعها فقد يكون الجلد مجلسا لتيبس غير مؤلمة حمرة
بنفسجية اذا تقرحت حصل فيها جحور صغيرة تنفذ في سمك الادمة وقد تكتسب
هذه التبيسات منظر بشور او اميتيجوس او قوبا وقد علم بالبحث التشريحي
انها مكونة من نمقى منسوج الادمة قسما الذي اكتسب زيادة في الكثافة
واحتقت خلاياه بسائل مصلى دموى ~~كذا~~ قال جرسان وقد تفتخ
الغضاريف ورؤس العظام وتلين وتنسوس فالاطراف المفصليّة شعريتها عن
اصولها الكلسية وشعبها من السائلات البيضاء تكتسب عظما في الحجم
فتصير مجلسا للالتهابات البيضاء التي تسمى بالاورام البيضاء ومنسوج جسم
العظم يكتسب ايضا بمثل ذلك رطوبة وسهولة انثناء ~~كثيرا~~ ما يحصل منهما
اعوجاج العظم

وقد نتج من الامور الواقعية الجديدة ان الداء الخنازيرى قد يكون مضاعفا
بالذات اعنى مركبا في آن واحد من اصول تشريحية وفسيولوجية اى صحية
يعين اجتماعها بالضرورة على تولد الداء ويلزم مراعاتها لاجل معرفة العلاج
وذلك لان الجهاز الليفافى يتركب من سائلات وجامدات متمعة بخواص
متميزة عن بعضها غير انه يلزم لها شروط مخصوصة ونسب مناسبة للتركيب
والحيوية فيكون التفتيش في تلك الجامدات والسائلات دون غيرها ما على

السبب القريب او الطبيعية الخاصة بالخنازير من القواعد الاصلية للفسيولوجيا
وعلم الامراض وبذلك لا يتأتى فصل هذين الاصلين العظيمين للتركيب عن
بعضهما ونتيج ايضا من الامور السابقة انه لا يمكن وضع بيان تعليمي للخنازير
مؤسس على قوة المجموع اللينفاوى اضعفه ولا على تغير الجامدات فقط
او السائلات فقط المركبة لهذا المجموع وانه لا يكفي لاحداث الداء وجود
اسباب نثر على الجامدات فقط او السائلات فقط او تغيرات نصيب احدهما
دون الآخر وانه يلزم لظهور الخنازير وجود الاسباب التشريحية اى الآلية
التي تجهزها كالحمية او الطبيعية او الكيماوية ايضا وان التغيرات التي تقوم هي
منها تكون مع فساد وتغير في تركيب السائلات وتخرج في الجامدات اللينفاوية
وهناك امراض كثيرة تشبه بالخنازير فمن المهم الاعتناء بالتشخيص
حسب الامكان فقد ذكرنا ان احتقان الاوعية والعقد اللينفاوية لا يقوم منها
وحدها هذا الداء وادلة ذلك تؤخذ من المشاهدات في كل وقت للاورام
الغدية التي تظهر في العنق بسبب الحراريق في القفا والقلاعات في الفم
والشفتين وبسريازس ونحوه من الاندفاعات الجلدية التي تحصل في فروة
الرأس وكذا التي تظهر في الابط من الداحس او من التهاب في مسير الاوعية
اللينفاوية لليدين والذراعين وكذا في الاربية من القرحة الاكالة الزهرية
في الذكر او من مجرد قروح فيه او من عقر في اصابع الرجلين او من اندفاع
جلدى في الرجلين فعلى الطبيب الحاذق تمييز هذه الاحتقانات اللينفاوية
الناشئة من وجود مثل هذه الاسباب عن الاحتقانات الخنازيرية الحقيقية
التي تستدعى كما قلنا الاستعانة بالاسباب الملازمة للشخص اعنى الحالة
الواقعية لسائلاته فبوجب ذلك لا يتم التشخيص الصحيح الا بوجود واعتبار
رتبتين من الظاهرات الموضعية والعامة ولا يمكن اشتباه الاحتقانات
الخنازيرية بالاورام الزهرية اذا معن النظر في مقابلتها ببعضها بالنظر
للمجلس وكيفية النمو والانتها فبقطع النظر عن السن المنسوب لها يوجد
ايضا فروق اخرى ذاتية فان الاحتقانات في الزهرى تظهر في الغالب في الاربيتين

واما

واما في الخنازير فتظهر في العنق والتسوس في الزهري يصيب بالاكثر عظام
الجمجمة والوجه وفي الخنازير المفاصل وعظام الاطراف وهناك فرق عظيم ايضا
وهو ان هناك التهابا دونيا او التهابا ابيض خاليا من رسوب مادة درنية واما
في الخنازير فكما يوجد فيها التهاب دوني يوجد ايضا رسوب مادة درنية ناتجة
ولا بد من تغير السائلات والزهري ينذر ان يستعصى على وسائط العلاج
الجيد المناسب له بخلاف الخنازير فانها تستعصى على اقوى الوسائط واجودها
وايضا فان المستحضرات الزيتية لها فعل سريع في علاج الزهري ولا اثر لها
في علاج الخنازير بل ربما كانت مثقلة لها

وقد ذكرنا عموما ان السيل الرئوي مرتبط ارتباطا لازما بحالة الخنازير لكن
للطعن في ذلك مجال فان المشاهدات لا تقوى ذلك لان الخنازير لا تصيب
الا الاطفال الذين لم يبلغوا الحلم والسيل الرئوي لا يصيب في الغالب الا من
سنه خمس وعشرون الى خمس وخمسين سنة مع ان الخنازير يمنع وجودها
في هذا السن والاشخاص المصابون بالخنازير يصلون غالبا لا آخر درجة
من الفساد بدون ان يوجد فيهم اعراض التدرن مع ان تلك الاعراض تعرض
غالبا بدون ان يكون هناك ما يدل على وجود الخنازير وايضا من المعلوم انه
لم ينكشف الى الآن بالتشريح اثر للعقد والادعية الليفية في المنخاع والنخاع
الفقري والعظام ومع ذلك لا ينذر وجدان الدرن فيها وكذلك الاقاليم التي
يوجد فيها كثير من الخنزيرين يوجد فيها قليل من المصابين بالسيل واما التي يوجد
فيها قليل من الخنزيرين فيوجد فيها السيل اكثر من غيرها فـ كثرة الآفات
الخنزيرية تتوافق مع زيادة ندرة الآفات الدرنية في جميع اقسام الارض
التي على شاطئ المحيط

والصفات الطبيعية للبنية الخنازيرية تختلف بالذات عن صفات البنية السلية
ففي الحالة الاولى يكون الجلد ابيض رقيقا رخوا والشعر اسقر والرأس كبير
الجم والوجه ممتلئا ورديا والجسم كله مغطى بشحم وفي الحالة الثانية يكون
الجلد في الغالب اسمر والشعر اسود والجسم رقيقا نحيفا والاطراف دقيقة

فهيئة فالمزاج الليفافى هو احد الشروط المعينة على داء الخنازير عكس ما يشاهد فى الحالة الاخرى من البنية اليابسة العصبية فانها تكون اقوى استعدادا للسل الرئوى من غيرها ويشاهد كل يوم اشخاص مختزنون يجتازون جميع درجات الداء الخنازيرى من ادنى درجة الى اعلاها بدون ان يكون معهم علامات للتدرن السلى ومن المحقق ان الخنازير لا تنتقل بالعدوى ولا بالتوارث والمشاهدات والتجربيات توضح ذلك وهل الامر بالعكس فى السل الرئوى ينبغى تحقيق ذلك بالمشاهدات وانما المحقق هو ان هناك مشاهدات يؤخذ منها انتقال السل بالتناسل وباستنشاق الهواء المركز المشرب من ابخرة المسلولين واكد بعضهم كثرة هذه العدوى بل اختار هذا رأى كثير من المؤلفين الا ان فاذن ليس هناك بالنظر لهذه القروق تماثل فى السبب ولا فى المجلس ولا فى السير بين الخنازير والسل الرئوى

فاذا عارضنا احد المشابهة التامة فى الصفات التشريحية لهذين الداءين المذكورين نقول له ان الطبيعة الحقيقية للداء ليست فى استحالة المنسوجات وانما هى فى الاصل التشريحى الذى اصابته هى وطبيعة الاسباب التى احدثتها وكيفية الحصول والظهور والانتظام للاعراض المتتابعة التى يقوم منها الداء ونتائج علاجه فاذا نظرنا لذلك لم نر تماثلا بين الداءين المذكورين وقد اضطررنا الان فى مجلس الدرن الرئوى هل مجلسه فى المنسوج الخلوى الذى فى خلال الرئة كما قال روش ولومبلر وغيرهما او فى الخلايا الرئوية كما قال ماچندى وكروفلير واندرال او فى العقد الليفافية للشعب كما قال بروسيه وبيجن وفورنيير واما الدرن الخنازيرى فهل يشاهد فى كونه مجلسه فى العقد والاوعية الليفافية وكذلك ليس ايهما واضعف من آراء المؤلفين فى طبيعة الدرن الرئوى فى ابتداء نشأته هل هو قمع اوليفافى او مصل او دم متجدد ويقر للعقل ان منشأ هذه الآراء المختلفة هو عدم وحدة المجلس والمتركيب للمادة المسماة بالدرنية فلذا لا يمكن الاتفاق فيها على رأى واحد والتحليل الكيماوى الذى يؤخذ منه المشابهة فى التركيب بين الدرن الرئوى

والدرن الذى تحت الجلد لا يدل على وحدتهما لما علم من ان تلك الاصول توجد
 فى اغلب مستنجات الافراز العارضى وفى القبح والتجعدات الكلسية والمادة
 السرطانية ونحو ذلك قال جولى واظن ان ما يسمى درنا فى التشريح المرضى
 ليس متماثلا وان المادة التى يسهونها درنية انما هى مستنجد عام لاسباب مرضية
 كثيرة مختلفة وبموجب ذلك يختلف مجلسها كاصولها الفسيولوجية والمرضية
 وان كانت متشابهة فى الصفات الطبيعية والتركيب الكيماوى وان الذى ينتج
 من هذه الامور الواقعية والمنازعات التى حصلت فى ذلك هو انه يمكن
 تحصيل درن فى مجموع الاوعية والعقد الليفية وفى خلال المنسوج الرئوى
 وفى الاطراف الشعرية الوريدية وفى المنسوج الخلوى الذى فى داخل تركيب
 الرئة وغير ذلك لكن ليس هنالك تماثل فى الطبيعة الحقيقية للاصناف المختلفة
 من الدرن

علاج الخنازير * الوسائط الصحية والمواد الطبية يؤخذ منها وسائط علاج
 الخنازير غيران الوسائط الاول يؤخذ منها نتائج ثمينة لاستفاد من الثمانية
 وذلك لان الخنازير مرتبطة كما قلنا بتنوع آلى عام يتقاد بالاكثر لبعض
 المؤثرات الصحية بحيث تقدر على قهر نتائجها فلتكن هى اول اقتباه
 من الطبيب

الوسائط الصحية * يوضع المريض معرضا للتأثيرات الطبيعية والجغرافية
 والجوية المناسبة فهذه هى اقوى الوسائط لعلاج الخنازير فالهواء المناسب
 للخنزيرين هو التقي اليابس الحار وتكون السكنى لاجل ذلك فى الاماكن
 المرتفعة المعرضة للجنوب والامشرق لتتأثر على الدوام من تأثير الشمس وتكن
 الملابس حارة من الصوف لتحفظ فعل التنفيس الجلدى وتنع ارتداع العرق
 وتستعمل انواع الرياضات كالرقص واللعب والجري والصيد وركوب الخيل
 والسباحة وممارسة الزراعة فى الاراضى والبساتين فان هذه لها تأثير نافع
 فى صحة المعايين او المهيئين لداء الخنازير ومن اجل الوسائط التى لا ينبغى
 للاطباء اهمالها استعمال الاستحمامات البحرية ولذا يقل داء الخنازير

في القاطنين بشواطئ البحار لكثرة استعمالهم مياهها والاستحمام بماء باريج
وبلومبيير ونحوهما سببا له تأثير جليل وكذا التبخيرات العطرية والقلوية
والكبريتية وتنظيم التدبير الغذائي من الامور المهمة ايضا في العلاج وليكن
مركاما من جواهر مناسبة تؤثر كاثير الوسايط السابقة اعنى تقاوم الاستعداد
العام الذى في البنية ويداوى بها كثرة السائلات البيضاء وفسادها وقلة
وفساد السائلات الحمراء في البنية وتحصل تلك الغاية بالجواهر الحيوانية وسما
البحوم المشوية ~~تكونها~~ اكثر ثمنيا والمشروبات الغازية الروحية ولذلك
كانت الجواهر العسرة الهضم والخبز الغير المتخمر والاعذية الدقيقة والبقول
الحشيشية متروكة من التدبير الغذائي للعتزين ومثل ذلك ايضا الابلان كلها
حتى لبن الاتان الذى مدحه بعضهم لذلك

الوسايط الاقرب باذنية * طالما اكثر الاطباء في ذكر الادوية المضادة للخنازير
وتعدادها فغتها الادوية المضادة للاسكربوط والخنازير والمقيئات والمسهلات
والمستحضرات الزبقية والقلويات والادوية الكبريتية والادوية الماصة والمخللة
والمغيرة والكهربائية وغير ذلك فهذه طورافطورا استعملت مع نجاح كثير
او قليل ومع مدح كثير او قليل ولكن نخص من تلك الادوية جوهر اشهر
الا ن كثير او هو اليودومر كانه فان نجاحه شهير ويستعمل من الباطن محلولاً
ماءيا وصبغة ومن الظاهر على صورة حمام او مرهم او بخير فينسب له تحليل
الاحتقانات المزمنة والعقد اللينفاوية في العنق والابط وغيرهما وشفاء الاورام
العظمية والاحتقانات الظاهرة في سماء الجلد من هذا الداء ومع ذلك قد
لا يحصل منه النجاح الذى بالغ فيه بعض الاطباء فاذا ضم له الوسائط الصحية
السابقة واستعمل في احوال لم يحصل من الداء فيها اثر استحالته درنية ومع
الاحتراس الذى تستدعيه طبيعة الدواء حصل من ذلك عظيم منفعة جليلة
بخلاف استعماله حال الاستحالة الدرينية او تعقب الحراجات فانه يكون عديم النفع
وقد تكون تلك الوسائط محزنة مهلكة اذا كان هناك سوء قنية خنازيرية
معصوبة باعراض حمية وفحول زائد وبالجملة اذا استعمل هذا الدواء بالقانون

والشروط

والشروط اللازمة حصل منه تنوع في المجموع اللينقاوى لم ينل قبل معرفة تقع
هذا الجوهر في ذلك واستعمل ايضا لعلاج اصحاب الخنازير ادر يودات
الباريت مدح وهجر مرات ثم استعمله بودلوك تار من الباطن محلولاً مائياً
بكمية قمحة لاوقية يستعمل مرة او مرتين في اربع وعشرين ساعة وتارة من
الظاهر بمقدار درهم في اوقية من الشحم الحلو ونال من ذلك نتائج جيدة
في الاحوال التي لم ينفع فيها غيره من المستحضرات اليودية وسبباً في الرمد
الخنأزيرى الذى يستعصى على المعالجات الاعتيادية وذكر بعضهم انه نال نتائج
جيدة من استعمال ادر وكورات الذهب بمقدار خمس عشرة قمحة متحدة
مع مثلهما من ادر وكورات الصود ثم يمزج ذلك بمقداره اربع مرات من
مسحوق مركب من النشا والفحم وصنع الملك واستعمل بودلوك احياناً
ارسينيات الصود بمقدار جزء من ستين جزءاً من قمحة الى ثلاثة ارباع قمحة
في اليوم تستعمل محلولاً في جلاب صغرى وقال انه شفى بذلك احوال كثيرة
من القروح الا كالة الخنازيرية التي استعصت على كثير من الوسائل السابقة
واما ادر وكورات النحاس النوشادرى الذى استعمله هو قد ثبت انه قد يكون
خطراً وامر يبيت في دروسه كما اوصى ايضا في اعماله بادر وكورات الكلس
محلولاً في الماء المقطر بكمية درهمين لرطل من المسائل الحامل لهما قال جولى
ولانعم الفائدة المترتبة على ذلك ومدح ايضا كثير من المؤلفين الادوية الزيبقية
ولم يرل يستعملها الا ان كثيرين فبعضهم يستعمل السليمانى حتى يحصل منه
تلعب قوى ومنهم من يستعمل الدلك الزيبقى بمقدار كبير زمنا طويلاً حتى ان
منهم من فعل هذا الدلك في باطن الفم واستعملوا ايضا تبخيرات وحامات
زيبقية لكن لم يبق الا ان من يستعمل ذلك الا الاقلزيون ولم يرل بعض اطباء
فرانسا يستعمل شراب بليت المركب من نترات الزيبقى والاثير نترك وشراب
السكر وبعضهم يستعمل الكبريتور الاسود للزيبقى لكن ذلك عديم الفائدة
واستعمل ايضا كربونات البوتاسه وتحت كربوناتا لتحليل اللينفا الغليظة
وحصل من ذلك بعض نجاح في الراشيتس وبعض آفات اخر خنازيرية

في المجموع العظمى وبعضهم امر بالتراكيب الحديدية واستعملت ايضا
المسهلات واكدت التجربة منفعتها في مريضها تارة وحدها وتارة متحدة مع
جواهر مختلفة مغيرة ومدح منها حبوب واصكاسير كحبوب جرأتلوب
الداخل فيها طرطرات البوتاس والحديد والاكسيد الابيض والراوند والصبر
والصابون وكحبوب جونان المركب من السنن وزبدة الطرطير والغاريقون
المحرق والراوند والسقمونيا والكوميلان والانيوب المعدني ورب الراوند
وكربونات الحديد والصبر والجلاباوكا كسير رولان الناتج من ان يتقع في الكحول
النباتات المرة والراوند والسنن والصبر فهذه هي المسهلات الرئيسة التي
مدحت في الكتب القديمة الاقرباذنية للخنازير ولم يزل الى الان بعض الاطباء
يستعملها سواء كانت نافعة او غير نافعة

ومدحت ايضا المصرفات الظاهرة في الدرن الخنازيري مع انها لا تنفع بل
ربما كان فيها خطر فانا ما رأينا حصول شفاء منها في الدرن الرئوي والذي
تحت الجلد بل ربما كانت سببا لظهور الاورام الخنازيرية عند من فيه استعداد
لها اذ من المحقق ان التدرن الخنازيري كما يحصل من حالة عضوية عامة وحالة
ذاتية في السائلات يحصل ايضا من اسباب عارضية للتهيج سواء كانت قريبة
او اشتراكية وبدون ذلك لا يمكن حصوله وليس من الاسباب اقدر على احداث
ذلك التهيج من الحرارة بقى فلذلك ينبغي التحرس من استعمالها في الامراض
الخنازيرية والمطبوعات المرة من الكينكينا والجنطيانا وحبيسة الدينار
ومضادات الاسكوربوت المستعملة مغليات وانبذة وشرابات تعين في كثير
من الاحوال على تحصيل النتائج الحميدة للوسائط العجمية واختيار هذه
الادوية يتنوع بتنوع احوال الاشخاص بحيث لا يوضع لذلك قانون كلي
منضبط

العلاج الموضعي * الاعراض الموضعية الناشئة من الداء الخنازيري تستدعي
في الغالب تنوعات تختلف باختلاف المجلس والحالة الراهنة والسير والشدة
للداء فالاحتقانات الغير المؤلمة في العقد الليفاوية تعالج ببعض المستحضرات

التي ذكرناها فتعين نتائج العلاج العام وذلك كالدلك بمرهم يودور البوتاسيوم
ويودور الامونيالك اي النوشادر ويودور الرصاص ويودور الزينك ووضع
لزنق محله والدياخليون والقوينون والصب من مياه البحر والمياه القلوية
والضمادات المحللة او وضع الصوف او الخبز المصغع واكد بعضهم انه نال نتائج
جديدة من الكهر بائية فتكون كواسطة محلبة للاورام الخنازيرية وذكر
بعضهم جملة امثلة تثبت ان تلقيح المادة الجدرية على الاورام العقدية المزمنة
قد يفيد تحللها ومع ذلك ينوع ايضا تنوعا فاعا الحالة العامة للشخص المختزر
فاذا استعصى الورم على الوسائط الموضعية المنضمة للوسائط العامة وبقي على
تبيسه الاستفروسي ازيل بالالات كما وصي بذلك بعضهم فاذا هدد بالتقيح انتظر
تقيحه من نفسه وذلك اولى من فتحه بالالات القاطعة وتستعمل الفسلات
القلوية او اليودورية او الزروقات التي من تلك الانواع او من مطبوخ اوراق
الجوز اذا كان هنالك انفصال للجلد عن ما تحته او طرق ناصورية وفي بعض
الاحوال يضطر لاستخراج المادة المتجدة او الدرية المحافظة للتقيح والتفريح
بملقعة صغيرة ومثل تلك الوسائط تستعمل ايضا مع بعض تنوعات موافقة
لتنوع طبيعة العوارض في الاورام العظمية او السمحاقية او التسوسات
الخنازيرية غير ان بعضها حصل منه زيادة منفعة في الآفات الخنازيرية
الجلدية كمرهم يودور الزينك ونترات الزينك الحمضي في الاحوال التي ظهر فيها
تولدات ومن المعلوم ايضا ان الرمد الخنازيري من اشد الاعراض استعصاء
وانقلها ويعالج بما سأتى لنا ذكره في امراض العين وكذلك السيلان المخاطي
من الاذن او الانف او الفرج يعالج بزرق الماء اليودي او الكلوروري ولكن
ينبغي ان تعلم ان هذه الوسائط سواء العامة او الموضعية انما هي ضعيفة اذالم
تساعد بالوسائط الصحية

وخلاصة ما سبق ان نقول اعظم الوسائط المستعملة في هذا الباب هو اليود
ومر بكانه فتعالج الحالة العامة للخنازير بالمشروبات والاستحمامات اليودية
وتدلك وتغلي الغدد المحترقة التي في العنق او غيره من اقسام الجسم بالمرهم

اليودى البوتاسى لينال تحليلها وشوهد مثل تلك النتيجة من يودور الرصاص
 لكن اكثر رفع هذا الاخير في التغيير به اذا تقررحت الغدد فاذا كانت التقرحات
 مؤلمة وارىد استعمال مرهم ادر يودات البوتاس اليودى مزج نصف درهم
 او درهم من اللودنوم اى روح الافيون مع اوقية من المرهم وكذا يؤمر
 بغسلات من الماء المتحمل من اليود اذا اريد تنبيه الاسطحة المتقرحة او كبتها
 كما يستعمل في الرمد الخنازيرى قطورا يوديا لازالة انتفاخ الاجفان والاحمرار
 الباهت في العين والتدمع والنسك وتحو ذلك مما يستعصى على غير
 ذلك من الوسائط وكما عولج بتلك المستحضرات ايضا مع النجاس انتفاخ العقد
 المسارية وكذا الاورام البيضاء الخنازيرية على حسب ما ذكره لوجول
 وامر حينئذ بان يلزم المريض الرياضة ويترك الراحة وكيفية تحضير الماء
 اليودى الذى استعمله لوجول ان يؤخذ من اليود النقى قمحة ومن ملح الطعام
 ثلث عشرة قمحة ويهرس اليود فى درهم من الكؤول ثم يضاف عليه رطل من
 الماء المقطر ولما رأى لوجول ان هذا الماء المعدنى ذهب لونه سريعا وتكون منه
 جزء عظيم من الحمض ادر يوديك ابدله بتحضير آخر من اليودور اليودى ومع
 ذلك يصح استعمال هذا الماء المعدنى عقب تحضيره حالا ويصح ان يبدل
 الكؤول واليود المنفصلين عن بعضهما بصبغة اليود فاذا اضيف على رطل
 من الماء المقطر محتو على ثلث عشرة قمحة من كلورور الصوديوم عشر نقط
 او اكثر الى عشرين من الصبغة حصل من ذلك محلول يستعمل بالناسب
 والصبغة الكؤولية اليودية تحضر ثمان واربعين قمحة من اليود لاوقية
 من الكؤول فعشرون نقطة من هذه الصبغة تحتوى على قمحة من اليود فيفعل
 منه مشروب مقبول يعطى منه اربع نقط او خمس اوست او عشر او اكثر
 فى مرة او مرات فى اليوم توضع فى ملاعق من مشروب محلى والمرام اليودية
 قد تحضر من اليود الخالص بقدر قيراط اى اربع وعشرين قمحة فى اوقية من
 الشحم الحلو الجديد ويقلل مقدار اليود او يراى مقدار الشحم للشخص
 الذين يتيج جلدهم بسهولة واما اليودور فنه يودور الكبريت الذى يحضر بمزج

اربعة

اربعة اجزاء من اليود يجزء من الكبريت المصعد ويوضع المخلوط في قنينة
ويسخن قليلا فالزائد من اليود ينقل ويبقى اليودورسجيايا ابريا يتحلل
تركيبه بالماء بسهولة واستعمل بيت هذا اليودور ذلكا في الاكاث الدرينة
في الجلد بان يمزج خمسة اجزاء من يودور الكبريت بخمسة وثمانين جزءا من
الشحم الحلو ومنها يودور الباريوم بان يرش ادر يودات الحديد بمقدار مفرط
من كربونات الباريات ثم يصعد السائل الى الخفاف ثم يحل في الماء ويرشح السائل
ويصعد على النار فيبقى منه ما يكون على شكل ابر حريرية او منشورية قابلة
لتشرب الرطوبة وطعمها كبريه مغث واستعمل بيت هذا اليودور ذلكا
في الاحتقانات الخنازيرية فهرهم منه اربع قمحات مع اوقية من الشحم الحلو
ويصح ان يزداد في كمية الملح واما يودور البوتاسيوم المسمى عند الكيمائيين
ادر يودات البوتاسه فهو المستعمل بالاكثر ويحضربان يسخن مخلوط اربعة
اجزاء من اليود مع جزءين من الحديد النقي وعشرين جزءا من الماء في قنينة
فيتم الاتحاد حالا وتتصاعد حراوة كثيرة فيذهب اليود ويكسب السائل لونا
احمر ناصعا وفي مدة ذلك يتكون ادر يودات الحديد ويعرف من ذهاب لون
السائل اتمام العمل ويمكن تأكيد ذلك ايضا بعدم تلون الورق الابيض منه
باللون الاحمر فينثذ يصفى السائل ثم يمد ببعض ماء ويوضع على حمام رمل
في جفنة اوقينية حتى يقرب للغلي فينثذ يضاف عليه كربونات او تحت
كربونات البوتاسه الى ان لا يرش شئ من اوكسيد الحديد ثم يصفى من جديد
ويصعد السائل فيحصل منه بالتبريد يودور البوتاسيوم فيحل في الماء المقطر
ويرشح ويصعد ويبلور من جديد وذلك كله لاجل ان يصير قويا فاذا اريد
استعماله يحل نصف درهم منه في اوقية من الماء فيحصل من ذلك سائل يعطى
منه خمس نقط او عشر او خمس عشرة الى عشرين ثلاث مرات في اليوم
في مشروب مناسب وامر ولبه ذلكا بان يخلط نصف درهم منه مع اوقية ونصف
من الشحم الحلو ويمكن ازدياد كمية الملح ويعمل من هذا الملح سائل كونديت
ويحضرب منه المياه المعدنية الصناعية اليودية التي استعملها لوجول حمامات

ومشروبات وهامى المقادير التى استعمالها هذا الطيب لتلك المحلولات لاجل استعمالها من الباطن على هذا النمط

نمرة ١	نمرة ٢	نمرة ٣
يود $\frac{3}{4}$	١ قمحه	١ قمحه $\frac{1}{4}$
يودورالبوتاسيوم $\frac{1}{4}$	٢ قمحه	٢ قمحه $\frac{1}{2}$
ماء مقطر ٨	٨ اوقية	٨ اوقية

وهذا الماء لونه اخضر جميل وهو شفاف وتشربه الاطفال بسهولة ويمكن تحليلته لهم ولكن ينبغي تحضيره وقت ارادة استعماله فاذا اعطى المحلول الاول لطفل في يومين او اكثر فقد اعطى له مقدار من اليود تفعل مثله الاطفال الصغار فاذا علم ان من المناسب زيادة المقدار او كان الطفل مقدما في السن استعملت المحلولات الاخر حتى اذا اعطى المحلول الثالث يكون المعطى منه في اربع وعشرين ساعة محتويا على قمحة وربع من اليود وتزداد الكمية اذا رأى الطيب مناسبةها لكن الغالب ان لا تزيد عن قمحة ونصف وها هو مقدار آخر للسائل اليودى

يود	قيراطان اى ٤٨ قمحة
يودورالبوتاسيوم	قيراط واحد
ماء مقطر	ثمان اواق

ذكر لو جول ان هذا المحلول يحتوى على جزء من اليود في اربعة وعشرين جزءا فاذا صب على ستة عشر رطل من الماء المقطر حصل من ذلك اثنان وثلاثون زجاجة كل زجاجة تحتوى على ثمان اواق من هذا الماء المعدنى اليودى الذى هو اول نمرة واذا نقص الماء المقطر الربع حصل الماء المعدنى الذى في النمرة الثانية فاذا اريد استعمال ما يسمى بالسائل اليودى صح ان يؤمر من هذا بنقطتين او اكثر الى عشر نقط في الصباح على الريق قبل الغداء بساعة في نصف كوب من ماء محلى بالسكر فيعطى من نقطتين الى خمس مرتين في اليوم للاطفال الذين عمرهم اقل من سبع سنين ومن ست الى عشر فيمن عمرهم

في السبع

في السبع الثواني من الحياة ولا تزداد الكمية تدريجا الى ست وثلاثين نقطة في مرتين او ثلاث او اربع في اليوم الالبالغين الذين يتحملون ذلك ويحضر المرهم اليودي بان تمزج اوقية من الشحم الحلو بقراطين من يودورالبوتاسيوم واربعة قحعات من اليود وربما زيد في مقدار هذين الجوهرين الاخيرين حتى يصير مزدوجا وبذلك يصير مهيجا كاويا لكن قد لا يتم هذا المرهم الامور التي يستدعيها العلاج من الظاهر فلذلك ركبت غسلات وقطورات ووزوقات وحمامات موضعية وضخادات من محلولات يودية مناسبة بان يحل في كل رطل من ماء مقطر مقدار من ثلاث قحعات الى ثني عشرة من يودورالبوتاسيوم وربع قحعة من اليود ويصح ان تنوع مقادير هذا المحضر ويمكن باضافة مقدار من المحلول المذكور في الماء ان تحضر حمامات موضعية وان تمزج كمية قليلة منه في ضخامة من دقيق بزر الكتان او غيره ليصير ضخاما محملا يوضع بمنفعة على الاورام الخنازيرية لاجل تخالها واستعمل لوجول ماء ممتلئ من اليود لس القروح الخنازيرية وتنبه الجلد وسماه بالمحلول اليودي المحمر وتحضر ذلك يؤخذ ست اواق من ماء مقطر ويحل فيها اوقية من يودورالبوتاسيوم واربعة دراهم من اليود واذا زيد في كمية الجوهرين صار كاويا وبالغ لوجول في تأثير الاستحمامات اليودية في علاج الآفات الخنازيرية وامر اللبالغين بان يزداد على ماء حمام كاف لاستحمامهم محلول مكون من مقدار من اربعة دراهم الى ثمانية من يودورالبوتاسيوم ودرهمين الى اربعة من اليود في ست اواق من الماء المقطر وقل مقدار هذا المحلول للاطفال لقله مقدار ماء استحمامهم فر بما كفي لماء استحمامهم مقدار من قراطين الى اربع من اليود ودرهم الى درهمين من يودورالبوتاسيوم

الباب الرابع عشر

في امراض العين وعيوب تكونها

في هذا الباب فصلان

الفصل الاول

في نمو العين وعيوب تكونها

الاعين يبكر ظهورها فتكون على هيئة نتوات في محلها الاعتيادي لكن
لا تكون آلية بحيث تتم الابصار الا في آخر الحمل لانها تكاد على المتابع تغيرات
توصلها يبطئ لتنام آليتها والاحقان تكون ملتصقة ببعضها الى الشهر السابع
ففي الابتداء تكون الصلبة رقيقة جدا وزائدة الشفافية والقرنية التي يبكر
ظهورها تكون اولا رخوة معتمة ولا تصير شفافة صلبة الا في الشهر السادس
وتلامس في الابتداء الوجه المقدم للبلورية وكلما اقترز السائل المائي اخذت
في الاتصال عنه والقرحية تكون منسدة الى الشهر السابع تقريبا بالغشاء
الجفني الذي ينشئ بعد ذلك من وسطه ويتقبض من مركزه الى دائرته بواسطة
تأثير هيئة اوعيته التي يتكون منها عرى متضادة غير ملتصقة بتدبه وانما هي
محاورة له وقد شرح هذه الهيئة جيدا كلوكيه ثم اذا انفتحت الحدقة تأتى
الرطوبة المائية التي كانت موضوعة خلف القرحية حتى تدخل ايضا بين القرنية
والقرحية ويتكون منها المسافة التي تسمى بالخزنة المقدمة والرطوبة الزاجية
تكون في الابتداء حمرة ثم تفقدونها شيئا فشيئا حتى تصير لها شفافية الخاصة
بها والبلورية تكون في الابتداء سائلة محيوية في شبه كيس رقيق جدا ثم تأخذ
في التشنج شيئا فشيئا مع كونها لم تزال حافظة لشفافيتها وتتشكل بشكلها العديسي
ودوام التصاق الجفنين ببعضهما يقوم منه عيب ~~تكون~~ ينبغي معالجته
في الازمنة الاولى من الحياة بان يفصلا عن بعضهما من الخط الذي ترسمه
الحوا في المتلاصقة في محاذاة الالتصاق والكثر كما الخلقية وعدم اثقاب
القرحية يستدعيان عمليات جراحية من الحزم ان لاتفعل الا بعد ان يمضي
دور الارضاع ونحل شرح هذه الادات وعملياتها على كتابنا الذي علمناه
في امراض الاعين فان فيه الكفاية

وعيوب التكون في مقلة العين وجوظها كثيرا او قليلا وصغرها وانضغاطها
وانضامها بالعين الاخرى واختلاط العينين حتى يصيرا عينا واحدة موضوعة
على الخط المتوسط للوجه ويسمى ذلك التشوه حينئذ بالعين الوحيدة بجميع ذلك
يحصل في الغالب من عيب في تكون الجحاجين بحيث ينضغطان او يتشوه

تركيبهما

تركيبهما او ينضممان الى مجاميع واحدى في حالة ما اذا كان هنالك تشوه في عظام
الجمجمة او في الحفرة الانفية

وفي وقت الولادة يتم كمال جميع الاجزاء المركبة للعين بحيث يتم الابصار واما
عدم كمال الاجزاء فمناشئ يقينا من عدم كمال بنية المنخ فكلما اخذ المنخ في التأليف
اخذ الابصار في الكمال فمحور العين الذي كان اولاً غير محدود يشخص للاجزاء
المحيطة بالطفل وذلك الطفل له ميل عظيم للاجسام المضيئة ولذلك ينبغي
حينئذ الحذر من وضع الطفل بحيث تكون اعينه في محل ينزل عليه الضوء
بانحراف ويلتزم الطفل بان يزيغ المحور البصري عن اتجاهه الاعتيادي ويتخذ
ذلك عادة له طول حياته حتى يقوم منه ما يسمى بالحول انظر كتابنا في امراض
الاعين

الفصل الثاني

في امراض الاعين

نذكر في هذا الفصل لتلك الامراض ستة مباحث

المبحث الاول

في الرمد القبي في المولودين جديدا

الرمد القبي عموما مجلسه الذاتي في المتكمة ويتبدأ عادة بمجزئها الذي يغشى
الوجه الخلقي للاجفان ويعرف بافراز كثير مرضى من الغشاء الملتهب
ويستولى بسرعة على المنسوجات التي تحت المتكمة ويظهر بالاكثر على ثلاثة
احوال مختلفة اولاً في المولودين جديدا وثانياً في الاطفال والبالغين الخالين من
السائل البينوراجية وثالثاً في المصابين بتلك السوائل البيضاء فهو وان
كان واحداً في تلك الاحوال الثلاث باعتبار الطبيعة الا ان له اختلافات
باعتبار الشروط اللازمة لظهوره بها يتنوع الى تلك الانواع الثلاثة يخصصنا
منها هنا الرمد القبي في المولودين واما بقية الانواع فوضحة جيداً في كتابنا
في امراض الاعين

اسباب الرمد القبي في المولودين * يعسر جداً ان نوضح اسباب الرمد

في المولودين لكن ينبغي ان يعتبر من اسبابه طول الولادة وعسرها والانضغاط الذي يكابده رأس الطفل وذكروا من اسبابه الغالبة ان تدخل في ملتحة الطفل وقت الولادة مادة السيلان المهبل البلينوراجي او الليقورى لكن ليس ذلك وحده هو السبب له كما زعم بعضهم لان هناك اطفالا ولدوا بهذا الداء من امهات سليحات من ذلك السيلان وذكروا ايضا ان مما يعين على ظهوره التغذية الرديئة والسكنى في الاماكن الرديئة الهواء والبرد والرطوبة وعدم الاحتراسات الطبيعية والوساخة ويظهر ان اجتماع عدد كثير من الاطفال في المارستانات او بيوت تربية الاطفال يهيم لذلك الرمد لانه قد تسلطن هناك تسلطنا وبائيا اكثر من تسلطه في المدن وشوهه انه يصيب بالاكتر اصحاب البنية الضعيفة والذين يولدون قبل تمام اشهرهم والتوميين وهو وان كان قد يظهر بالعدوى الا انه في كثير من الاحوال يظهر انه غير متعلق بذلك الاعراض والسير الغالب ان المرض يبدأ ظهوره في الثالث بعد الولادة واول علامة تظهر كما قال بارون هوان تبدل الثنية المستعرضة التي في الجفن العلوي بخط بارز احمر كالح والابضان عند ذلك تكون ملتزمة ببعضها قليلا اذا استيقظ الطفل من النوم وتحمّر حوافها السالبة ويظهر ذلك الاحمرار بالاكثر في مجموعها الانسى ويظهر ان العين لا تقدر على تحمل الضوء الابعسر لان الطفل حينئذ يدير رأسه للجهة المقابلة له واذا بحث في حالة الملتحمة الجفنية بخفض الجفن السفلي او تباعد العلوي عن المقلة شوهه كونها جراثيمها خلية مغطاة بطبقة رقيقة من سائل مبيض وينبغي الاتنباء لتلك الاعراض سواء وجدت منعزلة او مجتمعة لان سير هذا الداء كسير المخادع فاذا لم يوقف لم يكن منع تقدماته السريعة التي يستولى بها على منسوجات العين وذلك لان العوارض لم تلبث قليلا حتى تزيد شدتها بمرعة فالابضان تنفتح وتصير متوترة جراثيمها بارقة والعلوي خصوصا يكسب زيادة في الابعاد اى الاقطار بحيث يسقط امام السفلي ويغطيه ويمتد الالتهاب من الملتحمة الجفنية الى الملتحمة العينية فيصير لونها كلها احمر قرمزيا ومنظرها خليا بحيث شبهها سوندير باحمرار الغشاء المخاطي

المعدى لطفل صغير فتكون محتقنة احتقاناً شديداً ويكثر ناتج الإفراز المخاطي القبيح بحيث ينتشر على الخلد وإذا منع التصاق الاجفان سيلان المادة من ذاتها وفك جزء من ذلك الالتصاق يخرج منها ذلك السائل دقاً واما كراهة الضوء فتشتد بحيث ان الاطفال مع تقارب اجفانهم لبعضها واتقائها والتصاقها يقطبون حواجبهم ويقبضون العضلة المستديرة الجفنيتة كأنهم يعارضون بذلك وصول الضوء لعمق العين ويحصل من ذلك الانقباض مقاومة عظيمة اذا اريد تباعد الاجفان ليبحث في حالة العين بل ربما نتج عند ذلك انقلابها وفي بعض الاحيان ايضا يحصل هذا العارض في الاجفان من نفسه فيكون حينئذ ناشئاً من ثخن اللصمة العينية في محاذاة الثنية التي تتكون من هذا الغشاء عند ذهابه من العين للبحث لان الانتقال هناك يحصل باطلاق اي بدون ان يمنعه شيء فيحدث منه حوية تصكون في الغالب عظيمة جداً بحيث تتجاوز محاذاة الغضروف الضعيفي فاذا انقبضت العضلة المستديرة الجفنيتة ووضعت الاجفان على العين دفعت تلك الحوية الحوافي السالبة لتلك الاجفان فيحصل من ذلك شدة خارجية وهذا الانقلاب باى كيفية كان حصوله قد يكون وقتياً وقد يمكث زماناً طويلاً وعلى كل حال يمكن بالبحث في حالة اللصمة الجفنيتة ان يشاهد فيها تحبيبات واضحة يذكرون انها مكونة من زيادة نمو الغدد المخاطية.

ومادة السيلان يختلف لونها وقوامها باختلاف ازمته الداء فاولاً تكون رقيقة مبيضة ثم يزيد قوامها تدريجاً ثم تصير مخضرة او صفرة او صفراء خالصة وانما يسهل مشاهدة ثخنها ولونها وكميتها بالاكثر في الصباح اذا انفلت التصاق الاجفان وسال ما انفرد في الليل وتجمع بينها وبين العين واحياناً يفيض السائل مدة لحظات في كل صباح يحصل من الطفل او عندما يبعد الجفانه عن بعضها ومع ذلك لا يبسيل كله ابداً وانما يبقى منه دائماً طبقة ثخينة بحيث يضطر لفصلها بواسطة سلسول ماء فاتر خارج من نحو حفنة حتى يبحث جيداً عن حالة القلة ومادة السيلان في الحالة الثقيلة تكون مدعمة مخلوطة بمخروط دموية

ويندر أن لا يمتد الالتهاب للقرنية الشفافة بل واعمق منها ~~لكن~~ من المشاهد
 أن منسوج القرنية لا يبتدأ فيه التفسير الا اذا حصل الافراز القلبي وذلك
 يدل على أن سبب هذا المعارض هو ملامسة المادة الضديدية وعلى كل حال
 فالقرنية التي كانت شفافة الى حصول السيلان تنكدر حينئذ وذلك التكدر
 في ابسط الاحوال يقوم منه غمامة تختلف سعتها ونزول بزوال الالتهاب ولكن
 الغالب ان الداء يترك بعده آثارا عميقة كالنكت الخثينة والتتواجيز في اوالكلى
 الذي هو نتيجة لينها ولا يندر مشاهدة اجتماع تلك التغيرات المختلفة مع آفات
 مختلفة في القرنية كفتورها او التصاقها بالقرنية بسبب الالتصاق التقرحي
 في تلك القرنية وكأنسداد الحدقة ونحو ذلك وفي بعض الاحوال يكون فساد
 القرنية عظيما بحيث ان العين تستقرغ بالكلية ويخاف من تلك النتيجة بالاكتر
 اذا كان الالتهاب شديدا جدا والسيلان مدما ومعرقا بالدم والغالب انه
 لا يمكن الحكم بالفساد الحاصل من الداء الا بعد انقطاع الالتهاب وقص التبرج
 والانتفاخ بحيث يتسرفخ احضان الطفل واحيانا يتيسر مدة النوم تبعد
 الحفنين عن بعضهم وان كان الالتهاب موجودا ايضا فتعرف تغيرات القرنية
 وغيرها من الاجزاء المركبة للعين ورمد المولودين لا يبقى في اغلب الاسوال
 موضعتا وانما يظهر معه خي وتكررات مختلفة في الهضم وتلك الاعراض
 تنكسب احيانا خصوصا في المارستانات ثقلا بحيث تسبب سقوط الطفل
 وموته وانذار هذا الداء يكون في الغالب ثقيل فان الشفاء التام نادر وانما
 الغالب ان يترك بعده بعض نكت على القرنية وانحرافات غير قابلة للشفاء
 وفي بعض الاحوال ربما سبب الموت فاذا كان يكون من المهم جدا إيقاف تقدماته
 بعلاج مناسب ومدته تختلف كثيرا فان كان بسيطاً كانت بعض ايام ولن كان
 مضاعفا بتغيرات عضوية جازان يبقى اسابيع او اشهرا

العلاج * اذا نودى الطبيب للمريض في ابتداء الداء وذلك نادرا لان الداء
 في الابتداء ~~تكون~~ اوصافه قليلة الثقل وابتداء حصول الافراز المخاطي
 القلبي وكانت المتحممة جعرا منتفخة لزم ان يستعمل علاجا مضادا للالتهاب

فالعلق

فالعلق على الصدغ اوعلى مركز الجفن العلوى وهو الاحسن بعد من احسن
الوسائط التى يمكن استعمالها وكثرة وعائية المنسوجات فى المولودين يكفى
غالبا علقته واحدة توضع على المحل الذى ذكرناه اوفى الزاوية الوحشية للعين
كما يفعل بارون فتعرض قدم مقدار عظيم من الدم ومع ذلك يحفظ البطن مطوفا
بواسطة ملين اى مسهل خفيف كزيت الخروع والكلوميلاس وكثيرا ما تفصل
الاعين بان يصب عليها من اسبوبة حقنة سائل ملطف قابض كمحلول خلات
الرصاص فاذا زالت شدة الالتهاب وحصل الافراز المرضى لزم وضع حراقة
على الذراع ويد اوم على استعمال المسهلات ويبدل محلول خلات الرصاص
بمحلول اكثر قابضية كمحلول الشب الذى امر به لورنس فان ذلك نافع
فهذه هى اساس العلاج الذى امر به معظم المؤلفين تقاومة هذا الداء
فى المولودين وظنوا ان ذلك كاف للتحرز من النتائج الثقيلة له اذا بودر بعلاجه
قبل ان تلين القرنية وتقرح وتنتقب بل قال لورنس الاحوال التى لم يستول
الالتهاب فيها على المتخمة العينية يقتصر فى علاجها الموضعى على محلول
الشب والامر بالمغنيسيا من الباطن وهذه الطريقة هى التى استعملت
فى تسعة واربعين من خمسين ما فهم احد من ابتدأ فيه العلاج قبل استيلاء الداء
على القرنية فقد بصره والعادة ان يستعمل فى بيت الرمداء محلول قمحيتين
او ثلاث اواربع من الشب لاوقية من الماء وتزاد كمية الشب تدريجيا ويلزم ايضا
ان يرزق هذا الماء بين الاجفان ثلاث مرات اواربع فى اليوم والليلة لاجل
ان يرال جميع نتائج التقيح ثم مادام الالتهاب غير مستول على المتخمة العينية
يصح استعمال القابضات من اول الامر ويصح ايضا استعمال محلول تترات
الفضة بكمية قمحيتين فى اوقية ماء وتزاد الكمية الى ست قمحات ويرزق
من هذا السائل ايضا بين الاجفان وقد اعتيد فى مارستان الاطفال بمدينة
فينة على وضع خرق مبتلة بالماء البارد على الدوام وينبغي الابتاء ايضا لدهن
حوافى الاجفان بالقيروطى اى المرهم البسيط او بالمرهم الوردى لينع
التصاقها ببعضها ويفصل الالتصاق اذا كان موجودا

والغالب ان الطبيب انما يدعى للمريض بعد اتقاخ الاجفان بحيث لا يتيسر له
 البحث في القرنية ولو قدر وفتح العين لوجد القرنية متكدرة اولينة او متقرحة
 او متقوية فيلزم التمسك بواسطة قوية للحرس من هذه النتائج المغممة وتلك
 الواسطة هي وضع ترات الفضة على الملتهمة الجفنية للبغنين وهذه العملية
 يحصل فيها بعض تعسر ويتسبب عنها ألم شديد لكن يمكن قهر هذا التعسر
 بالصبر والتحمل فان الألم انما هو وقتي ويوجد في الكي زيادة منفعة وهي ايضاً
 كلاً او بعضاً الافراز المرضى الذي يتهيج به القرنية بسبب فيها التغيرات التي
 ذكرناها ولا حاجة للتعمق بالكي وانما يترك بالكاوي بخفة وسرعة على جميع
 الوجه الخلفي للبغن وخصوصاً السفلي فبعد الكي ينقص الافراز ويرزول كما يرزول
 ايضاً الاتقاخ الجفني ويمكن حينئذ ان تؤكد سلامة القرنية او عدم سلامتها
 ومن المعلوم ان هذه الواسطة انما تستعمل عند حصول الافراز المخاطي وقتها
 عظيمة جداً فجاهاً يجرب وسياً للتحذر من التغيرات الثقيلة للقرنية حيث
 تهدد بها شدة الاعراض

واما الرمد القمي في الاطفال المتقدمين في السن فهو وكافي البالغين انظره في كتابنا
 في امراض العين

المبحث الثاني

في الرمد الحصبى

يظهر الرمد كظاهرة سابقة على الحصبية غالباً قبل الاندفاع الجلدي وسيره
 سريع ففي زمن قليل نصير الملتهمة حمراء ولكن الغالب ايضاً ان تحتقن او عمية
 الصلبة ويعرض للمريض كراهة الضوء والتدمع فاذا كان الداء قليل الشدة
 زال تدريجاً بزوال الاجز تنجماً الجلدية ولكن في بعض الاحوال ينضم للظواهرات
 المذكورة ظواهرات اخرى تدل على ان القرنية شاركت غيرها في الالتهاب فتصير
 لامعة اى لا يتقدم منها الضوء في بعض محال ويحصل للمريض ألم ناخس في العين
 ثم تصير تلك المحال معتمة واحياناً تتقرح او تنحل الى خراجات بين الصفاق
 وتاذر هذا الداء غير ثقيل مادام الداء بسيطاً فاذا نشوش القرنية صار ثقيلاً

جدا كمثل الالتهاب القرني الذي ينتهي بالخراجات او بالتقرح فاذا كان
الطفل خنار يرى المزاج لم تندر مشاهدة انتقال الداء للازمان واتصافه بصفات
الرمد الخنار يرى الا في قريبا فاذا كان في الالتهاب بعض شدة حتى وان لم ينتقل
لحالة الازمان ترك غالبا بعده في الملتحمة استعدادا طويل المدة للاصابة
بالتهابات جديدة ويصح ان يترك الالتهاب الحصى ونفسه اذا كان بسيطا
فينقص بنقص الاندفاع الحصى ويذهب بذهابه فاذا كان مضاعفا بالتهاب
القرنية عولج بعلاج هذا الداء

المبحث الثالث

في الرمد القرني

القرنية كالخصة تعرض التهابا ملتحميا يظهر ايضا في الغالب قبل الاندفاع
الجلدي وسيره غالبا كالحصى ثم اعراضه انقل والتدمع وكراهة الضوء يبقيان
زمنًا طويلا واعمى الصلبة تتخذ لونا بنفسجيا وحجما كبيرا والتقرحات تكون
اوسع وارطب فالانذار يكون اقل ويلزم كون العلاج قويا غير انه مؤسس
على ما سبق

المبحث الرابع

في الرمد الجدرى

هو اقل كثرة من الحصى والقرمي لكن الغالب كونه اقل منهما ويظهر
في احد زمانين مختلفين من سير الاندفاع احدهما ان يظهر مع ظهور ذلك
الاندفاع والثاني في دور التقرح في الحالة الاولى تشاهد الاجفان وحواها
السائبة مغطاة بثور فيها صفات البثور الجدرية التي في غير هذا المحل فاذا كانت
عديدة فمجتمعة حصل منها انتفاخ في الاجفان عظيم بحيث لا يمكن تباعدها عن
بعضها ليجث في العين وعلى كل حال كثيرا ما يكون الاندفاع البشري
مقصورا على تلك الاجزاء ومع ذلك قد يترك بعده آثارا مغممة لا تزول ومن
ذلك تشاهد اشخاص ممن كانوا مصابين بذلك يمكث معهم زمنا طويلا في حواشي
اجفانهم التهاب مزمن ينتقل زمنا من حالات حادة او تقرحات تفسد الاهداب

شيئاً فشيئاً وترك بعدها آثاراً مشوهة لكن الداء في بعض الاحوال قد يمتد الى
 الملتحمة العينية فتصير هذه مجلساً للبثور شبیهة بالتي تظهر على بقية الجسم
 فاذا كان مجلس البثور كما هو الغالب في جزء الملتحمة المغطى للقرنية امتد
 التهاب لهذا الغشاء فيعقبه في الغالب لين او تقرح او تقبج ولذلك تشاهد
 نكت وتوات في القرنية وفتوحات في القرنية والتصاقات فيها بالقرنية
 وانسداد في الحدقة وغير ذلك من التغيرات العضوية التي تنجم غالباً للعمى الغير
 القابل للشفاء وفي اغلب الاحوال لا يمكن من انتفاخ الاجفان البحث في العين
 لتحقق وجود هذه البثور وانما يظن وجودها اذا حصل للمريض آلام شديدة
 تمتد لداخل الرأس بواسطة سعيها لعمق الجحاج وكانت تزيد مدة حركات العين
 فيتجدد الاحساس بجسم غريب بينها وبين الاجفان وكذا اذا زادت من
 وقوع الضوء على العين بل ومن قوذه من الاجفان المحتقنة او كان يعرض
 للمريض سيلان كثير للدموع اذا فتح اجفانه بعض اقتراح
 ونتائج الرمد الجدرى تكون مقصورة على الاجفان وشدة الاخطار التي
 تعقب الرمد المستولى على الملتحمة العينية وسيا القرنية هي التي غرت الاطباء
 حتى امروا بالمقاومة ذلك بوسائط قوية فلذلك امروا بالقصد العام والموضعي
 اذا تحملته بنية المريض ويكرر ذلك ببلسمات وبالحلجة اوصوا بالعلاج
 الاعتيادي للرمد الحاد جداً بدون ان يلاحظ معه وجود هذا الارتفاع
 الجلدي والتهيج المعدي المعوي اللذان يتكدر سيرهما يقينا من ذلك ويشغلان
 بهذا العلاج ولكن الذي نراه ان الاولى والاخرى كما اوصى بليار ان تشق البثور
 وقت تولدها بسن مشرط وتكوى بنترات الفضة ليقف نموها
 والرمد الجدرى التابعي الذي يظهر مدة تقشر البثور الجدرية يكون غالباً اقل
 نقلاً من السابق فالبثور التي تظهر على العين تكون اصغر واكثر تضرطاً واقل
 عدداً والتي على القرنية تكون مجردة نكت بيضاء في الابتداء محاطة بدائرة حمراء
 ثم تصير تلك النكت صفراء اذا انتفخت واختلطت بالنكت القريبة لها اذا وجد
 منها حيلة ونحو هذه النكت يصحبه احتقان او حمية الصلبة والتدمع وكرهه الضوء

ولكن

ولكن هذه الاعراض تكون اخف مما في الحالة السابقة وتغيرات التركيب التي يتركها في القرنية تكون في الغالب مقصورة على آثار بيضاء تزول شيئاً فشيئاً وهو يستدعي علاجاً مثل علاج النوع السابق

المبحث الخامس

في الرمد الخشن الذي يرى

هذا الرمد وإن كان بطيء السير إلا أن نتائجه محزنة إذا ترك وقته وهو داء يعسر مقاومته ويظهر غالباً في الاطفال الصغار كعرض أولي للفتار يروا حياناً يسبقه احتقان في عقد العنق فيشاهد في الابتداء بطيء في حركات المقلة ويقع ذلك التهاب خفيف في الملتحمة معصوب بشغل او ألم وتبقى هذه الحالة من اسبوع الى شهر بل أكثر وتكسب الملتحمة مريعا بدون سبب معروف احمر ارا شديدا معصوبا يتدمع مستدام ولا تقدر المرضى على تحمل ضوء النهار او المصابيح ولو الضعيفة والاجفان تنكش وتنقبض بحيث لا يمكن فتحها الا بعسر وتنتفخ حوافها السائبة وتتلوث برصاص مخين وتكون القرنية منتفخة بحيث تكون عليها حوية يعسر ان تشاهد الحديقة من مركزها وتغطي هذه القرنية والملتحمة بيثور مبيضة دخنية متفرقة عن بعضها تتميز فتحصل منها قروح صغيرة في الابتداء لكن لم تلبث قليلا حتى تختلط ببعضها فيعظم حجمها وتتحقق عقد العنق يبطئ فتنفض الاطفال رؤوسها وتنتفخ اجنحة الانف والشفتان وتصبح حراء بارقة

وهذا الداء من اشد الاعراض الخشازيرية استعصاء وانقلاها وعلى رأى اسكار باو وغيره انه يزيد بالافصاد العامة والموضعية والوضعية والحراريق والاختزمة وانما علاجه هو ترك ما يزيد قبه عن الطفل الاغذية العسرة الهضم كاللحم الاسود والمدخن والمملح والدم والنباتات والاثمار القجة وفتح الارض الذي هو شبه الكأمة ونحو ذلك من القول الدقيقة وتهجر الراحة والبطالة والاقامة في الاماكن الرطبة والاجامية فان هذه كلها تحفظ الرمد الخشازيري او تزيده وقال بعض المحققين ان وسائطه هي وضع بعض علق

خلف الاذنين والحامات القديمة المتكررة والمسيلات اللطيفة كالكلوميلاس
 والغسلات من منقوع الخس البري المؤفون اذا ظهر الداء بحالة حادة فاذا
 ذهبت حدته وصار مزنا استعمال مع النفع قطور مركب من قمحتين من
 كبريتات الكادميوم واربع قمحات من خلاصة البلادون في ست اواق من
 اى حامل كان ثم فيما بعد اذا بقي شئ من نتائج الالتهاب على القرنية كالنكت
 مثلا عولج اما بنفخ الكلوميلاس او بالتقطير كل يوم من روح الافيون السائل
 لسيدنام انتهى واوصى آخرون باستعمال الراوند وطرطرات البوتاسه منضمما
 مع الطرطير البوتاسى الاتيمونى بكمية يسيرة اذا سمحت بذلك حالة المعدة
 فانها لم يكن الرمد شديدا حصل النفع من الكينيكينا مسحوقة او مطبوخة
 او منقوعة قعيا باردا وكذا خشب الانبياء او صمغه وامر بعضهم
 بكبريتورالاتيمون وبخلاصة القوينون منضمة مع خلاصة الكينيكينا ومع ثلثي
 اوكسيد الحديد الاتيمونى وكذلك بلوغ بريسان المركبة من الموريات الزيتي
 البسيط والزنجفر الصناعى وامر وايضا بماء الكلس بكمية نحو ثلاث اواق
 في اليوم في الصباح على الرين مخلوطة بمثلها من مرق الدجاج وكذا
 بحمام البحر في الفصول الحارة وبالدلك الخاف بصوف القلائل وينبغي الانتباه
 لنتائج هذه الادوية وان تغسل العين كثيرا بمطبوخ اوراق البنج والخطمية
 المغلية في اللبن مع اضافة بعض نقط من الماء الثباتى الحيوانى وعمالا يخلو عن تقع
 اذا استعمال في وقته مرهم اوكسيد الخارصيني والطين الارمنى والصبر
 ولا يوضع على العين رفراف اصلا وانما يوضع المريض في محل جيد الهواء
 متوسط الضوء بحيث يمكنه فيه رياضة البصر لكن هذه الادوية مضره
 اذا كان الرمد عرضا لا حتقان العقد المساريقية وانما اللازم حينئذ ان
 لا يشتغل برمد العين الا بعد تسكين عوارض البطن ولهم ايضا ارماد
 قوبابيه وزهرية وغير ذلك وشرحها في محلها

المبحث السادس

في التهابات اخرى ونتائج تحصل من التهابات العينية

التهاب

التهاب القرنية كثير الحصول وتترتب عليه آفات كظلمتها ولينها وتقرحها
 وانتقابها فظلمتها تعرض هنا كما في رمد السكار بالبالغين من انصباب مادة
 قيحية بين صفايحها ومن ثخن جزء الملتصقة المغطى لقله العين فسعة تلك الظلمة
 مختلفة قال بليسا واطن انه ينبغي ان تعد الظلمة من النتائج الاقل خطرا
 في الرمد القبيح لان الغالب زوالها اذا زال الالتهاب ولين القرنية اقل
 العوارض ومن سوء الخط كثرة عروضة فاذا ابتدأ حصوله فقدت القرنية
 لمعانها وصقالتها وتلون محال منها بلون سنجابي مائل قليلا للسمره ويمكن ان يميز
 الخط الفاصل الدال على انفصال الجزء السليم من الجزء اللين ثم ينقب مركز
 هذا الجزء اللين وبذلك يحصل استطراق بين الهواء الخارج والخزنة المقدمة
 للعين وعند حصول ذلك الانتقاب يسيل دائما من العين مقدار من الرطوبة
 المائية وتحصل تلك القشرة عادة في مركز القلة اى في محاذة الحدقة وقد تكون
 واسعة بحيث تخرج منها البلورية التى سقطت في الرطوبة المائية ويترب
 على ذلك فقد جزء من الرطوبة الزاجية فيقتد تهبط القلة اى تخسف
 وتقارب الاجفان ويفقد الابصار بالكلية وكثيرا ما شهد بروز القرنية
 عن حواف القوذه وسدها لجزء منها فتعارض بذلك سيلان رطوبات العين
 والتقرح يختلف قليلا عن اللين ويعرض عادة في محاذة الاجزاء المعتمة من
 القرنية فهو يقوم من هيئة جروح اى قروح صغيرة بارزة الحواف قليلا
 واكثر استدارة وانتظاما مما في اللين ومن المعلوم ان التقرح يمكن ان يحصل
 منه مثل ما يحصل من اللين من العوارض التابعة فاذا قص الالتهاب زال
 انتفاخ الاجفان شيئا فشيئا وقلت كثرة مادة التقيج وخضرتها ونخاستها
 فينبس للطفل تحمل الضوء ويسهل عليه فتح الاجفان ولكن تبقى الآفات التى
 تعرض في اغشية العين وورما حصل للطفل العور او العمى بسبب دوام الظلمة
 او تنو القرنية او استنفاغ رطوبات العين التى منها البلورية وتبقى الحدقة
 متغيرة الشكل كثيرا او قليلا على حسب ما كلبته من التصاقها بالاجزاء
 المحيطة بها ثم ان ظلمة القرنية ولينها لا يـكونان دائما نتيجة الرمد القبيح

قال بليار قد رأيت جملة اطفال معهم آفات معدية معوية طويلة المدة صاروا
 بها في ذبول ونحول تام واصيبوا من اول الامر بلين في القرنية بدون ان يسبقه
 التهاب جفني وبسبب ذلك اللين انتقلت القرنية من مركزها فخرج من ذلك
 القرب رطوبات العين التي منها البلورية ولقد ذكرني هذا اللين الذي حصل من
 ذاته ما شاهده ما جئني في كلب غدي زمنطويلا بسكر ومات بعد ان صار في
 حالة ذبول ونحول زائد قال ما جئني فظهر على عين من عينيه ثم على الاخرى
 ايضا قرحة صغيرة في مركز القرنية الشفافة واخذت في الاتساع بسرعة
 حتى صار قطرهابعد بعض ايام اكثر من خط وزاد عمقها بنسبة ذلك ثم بعد ذلك
 انتقلت القرنية كلها وسالت رطوبات العين الى الخارج وسحب هذه الظاهرة
 المحيية افرز كثير من الغدد المخصوصة بالاخص انتهى فهل يقال ان عدم
 التغذية حينئذ سبب من اسباب بلين القرنية واما نكت القرنية التي تتركها
 القروح ويعسر زوالها من البالغين فانها في الاطفال اقل استعصاء ويمكن
 ازالتها في العادة بمحلول قمحة او قمحتين من السليمان في اربع اواق من الماء
 وما يتبع ايضا الدرور الجاف لدوي يترن فاذا لم تكف تلك الوسائط اعين فعلها
 بمثل الحاراريق والابخرة في القفا والمسيلات ونحو ذلك وبالجملة علاج تلك
 العوارض لا يختلف عن ما في الكبار انظره في كتابنا في امراض الاعين

الباب الخامس عشر

في يرقان المولودين

من المعلوم ان اليرقان عموما يتدر كونه مرضا مستقلا وانما الغالب كونه عرضا
 لمرض فكل مرض يعوق سير الصفراء في قنواتها ووصولها للاثني عشرى
 يصح ان يعد سببا ليرقان كحصاة تسد القناة الصفراوية او الكبدية او المرارية
 او التهاب في الاثنى عشرى حول القوهة التي تنفتح فيه بحيث تنفتح المنسوجات
 لتسد القناة او التهاب حاد او مزمن في الكبد شاغل لتغيره بحيث تدخل فيه
 اصول تلك القنوات او ورم سرطاني او درني او نحو ذلك بحيث يضغط ويسد
 قنوات الافراز في جميع هذه الاحوال لا تتبع الصفراء سيرها الطبيعي فتصيب

في المعاي

في المعاء ولم تلبث قليلا حتى تمتص وتدور في دورة الدم وتحول في طرق اخر
من قنوات التصعد كاوعية التنفيس الجلدي والبول فتلون الجلد والبول
بلونها وقد يعرض اليرقان فجأة عند الحزن الشديد والفرع والغضب وقد يحصل
ببطء من الغم الطويل المدة والغيرة والطمع وربما حصل فجأة ايضا من الآلام
العظيمة الطبيعية كالتي تعجب الخلع والتزق ووخز الاعصاب والعمليات
الكبيرة الجراحية وربما حصل من الضربات والسقطات على الرأس او غيره
بحيث يحصل للمخ من ذلك انزعاج قوى وقد يحصل ايضا من لدغ الحيوانات
المسمة لكن كيف يتصور حصول اليرقان في تلك الاحوال فهل هو نتيجة تهيج
في الكبد كما زعم ذلك بعض الاطباء او هو اسبابا زموس في القنوات الصفراوية
وقول ليس شئ منهما بمنع نهايته ان روش ذكر لي ان ذلك رأيا جديدا فقال
يظهر في جميع الاحوال المذكورة ان المجموع العصبي المخي له فعل عظيم فانه
هو الذي يكون مجلسا للانطباعات المحزنة والقوية والآلام الطبيعية
والانزعاجات الشديدة والتسممات الحيوانية فهو على ذلك ينبوع اليرقان
لان تلك الاشياء التي تؤثر على المخ تأثيرا قويا باستقامة يظهر اثرها في الكبد
وبذلك يتضح جيدا ظهور خراجات كبدية من تأثير جروح الرأس فظهر
من ذلك ان اليرقان عموما ليس مرضا ذاتيا وانما هو عرض لمرض كما قلنا
واما يرقان المولودين فيصح تبعا لبليلار ان يعرف بانه اصفرار الغشاء المحلل
او المنسوج الخاص لعضواوا اكثر فيدخل في ذلك جميع اصناف اليرقان المختلفة
في الشكل والمنظر والسعة والمحل فلا ينبغي تنزيل هذا الاسم على اللون
الاصفر فقط لجلد المولودين لانه سببا في لناقريه يامشاهدة هذا اللون في اعضاء
مختلفة من الجسم وانه قد يكون موضعيا كما يكون عاما وان شدة اللون تختلف
 باختلاف الاشخاص

قال بليار قد شاهدت اللون الاصفر الذي يقوم منه اليرقان اربع مرات في المخ
والنخاع القكري فكان اللب المخي متوسط المتانة وذالون اصفر جميل منتشر
باستواء في شخصين منهم وكان على هيئة صفائح منعزلة في الشخصين الآخرين

وكان جوهر النخاع في ثلاثة من تلك الاحوال اصفر ناصعا وقوامه رخو ارجا
والطفلان اللذان كان مخهما مستوى الصفرة كان معهما ايضا برقان عام
في الجلد قال وما شاهدت اصلا برقان الرئين وانما وجدتهما مرشحتين بمصل
اصفر كثير ورأيت في طفل صغير مصاب بالبرقان منسوج القلب والتامور
اصفر زعفرانيا واضحما جدا وكثيرا ما وجدت الغدة تيموس مصفرة والقناة
المعوية التي كثيرا ما يوجد في وجهها الباطن لون اصفر ناشئ من ملاستها
للصفراء اى المرارة وجدت مرتين في باطنها كظاها لونا اصفر ووصل ذلك
اللون للماساريقا وبريتون الجدران البطنية وقد جفت جزأ من جدران
هذه القناة المعوية فبقى فيه هذا اللون البرقاني جيدا وقد ذكرنا سابقا اللون
الاصفر الذي شوهد خطوطا في منسوج الرئة واحيانا يوجد في الوجه الباطن
للمثانة لون اصفر مختلف الشدة وكثيرا ما يوجد الكبد في المولودين مصفرا
بل كثيرا ما وجدته شديدا الصفرة في اطفال لم يكونوا مصابين بالبرقان من
الظاهر لكن ليس هو الغالب وقد تشاهد العضلات مصفرة والمنسوج الخاوي
والدهن المحيط بها جيد البياض واحيانا يكون جميع المنسوج الدهني عموما
وحده اصفر وقد رأيت مرتين هذا اللون في شحم المولودين بحيث اذا شق
التخذ بالعرض يوجد في دائرة القطع خط اصفر مستدير يكون مجلسه في
المنسوج الدهني تحت الجلد مع ان هذا اللون لم يوجد في الجلد الذي من الظاهر
ولا في العضلات التي في المركز

والغالب ان يكون الجلد الظاهر هو المجلس الاعتيادي للبرقان ولونه يختلف
من الاصفر الفاقع الى الاصفر المائل للخرقة ويرقان الجلد تارة يكون
مقصورا على الوجه وتارة يشمل اطراف البدن ويمتد على التتابع من بعض
هذه الاجزاء الى بعضها او يظهر في محل بعد ان يزول من آخر وفي البرقان
الجلدي كثيرا ما تصاب المتصمة بالصفرة ايضا لكن تلك المصابة في الاطفال
اقل مما تكون في الكبار البالغين وكثيرا ما يوجد المصل في المنسوج الخاوي الذي
في بلورا التامور وفي البريتون ملونا بلون اصفر وتلون البول والمواد التظلية

يختلف

يختلف كثيرا وتقع الاعضاء الملتبته كثيرا ما يعطيها ايضا لونا اصفر وكذا مصل
الدم

قال بليار شاهدت ثمانين حالة من اليرقان كانت للكبد والاوعية البطنية
في تحسين منهم محتقنة بالدم واتفق اني رأيت اربعين حالة من الاحتقان
الكبدى بدون يرقان وفي الاحوال الثمانين من اليرقان لم اجد الصفراء اكثر
اصفارا وازيد كثرة عن العادة الا في حالتين والغالب في المشاهدة ان يرقان الجلد
يعقب اللون الاحمر للجلد في المولودين وان ظهور هذا اللون يكون تدريجيا فعند
ما تكون الاطفال شديدة الاحمرار يشاهد في الابتداء على سطح الجلد اصفرار
يكاد ان لا يتميز عن اللون الاحمر فاذا وضع الاصبع على الجلد لم يبيض محله من
الضغط وانما يصفر ثم يصير حالا احمر غير ان اليرقان يأخذ في الايضاح شيئا فشيئا
وفي الثالث او الرابع الى الثامن يزول اللون الاحمر بالكلية ويبقى هو بدله
ثم يتبدل هو ايضا باللون المبيض او الوردى اللطيف الخاص بجلد الاطفال
الصغار فاذا ن يظهر ان اليرقان لون متوسط بين الاحتقان الجلدى في المولودين
واللون الابيض الخاص بجلودهم فقد نتج من هذه الامور الواقعية اول ان
اليرقان حيث كان في بعض الاحيان موضعيا لم يصح كونه ناشئا من سبب
عام امتد تأثيره للمرضى بجميع اجزاء الجسم كمرض الكبد مثلا على ان
لو يستين شاهد اللون الاصفر في النخاع في زمن متقدم على زمن امكان الافراز
الصفراوى وثانيا حيث توجد الكبد والصفراء في حال اليرقان مختلفتا الاحوال
جدا يكون من العسر لتوضيح ذلك اليرقان تعيين الحالة المرضية في هذا العضو
او في ناتج افرازه حتى يتسبب عنها هذا الداء وثالثا حيث يوجد الاحتقان
الدموى في الكبد والجلد غالبا مع اليرقان يجوز ان يكون سبب اليرقان هو مكث
الدم في الاعضاء ورسوب مادته المصلية فيها حيث تكون غالبا صفراء
وصفرتها اتمة اما من الاصل الملون للصفراء كما ثبت ذلك شفرول او من
ينوع غير معروف لنا الى الآن انتهى واستنبط من ذلك ان يرقان المولودين
في جميع الاحوال ليس مرضا وانه ينبغي ان يترك للطبيعة علاجه ولا يؤمر

للطفل بالادوية الا اذا عرض في سيرة آفات في الاعضاء الحية او الصدرية
او البطنية

وذكر بعض المحققين ان احتباس العقي في القناة المعوية هو السبب الغالب لذلك
اليرقان وانه كثيرا ما يحصل ايضا من اللبن العتيق الغير المناسب لقوة فاعلية
اعضاء الهضم للرضيع ومن التأثير الفجائي للهواء والالتهابات والآفات
العضوية في الكبد ونفس المولود في الماء البارد وانضغاط رأسه ونحو ذلك
فاذا ظهر اليرقان العام في طفل بعد الولادة كان لون جلده وملتحمته ولسانه وقه
ومنسوجه الخلود بل واحشائه البطنية اصفر او مخضر او كلون الورق النباتي
الذابل ويكون ظاهر جسمه اشد حرارة وخشونة من العادة ويصفر بوله وتنفسه
الجلدى ويرسب منهما على الخرق مادة صفراوية ويكون الثقل ايضا مصفرا
واحيانا مسودا وكثيرا ما يكون سنجايا واما في الاطفال المتقدمين في السن
كالبالغين ايضا فاسبابه غالبا آتية من الكبد وتوابعه فقد نسبوا لاسباب زموس
القنوات الصفراوية اليرقان الذي يظهر دفعة وبعضه وجع القواد والمغص
الشديد ففي هذه الحالة يكون البطن منتفخا والقسم المعدي منقبضا ويكون
هناك غثيان اوقى وواحيانا تشجات ويقل البول وتكون المواد الثظية
مخضرة واليرقان الناشئ من آفة في الكبد كاحتقانها يعرف ببروز المراق
الايمين وصلابته وققد الشمية وضعف الهضم واللون المزرق للوجه ونحو
الاطراف والسهرة واذا كان ناشئا من التهاب الكبد كانت علاماته
هي ألم في الكبد وتوتر فيها وفي القسم الساغلة له ويكون المريض في اضطراب
مستدام والبطن في الغالب منقبضا ويكون هناك سجي وذكر الاقلزيون
وسيا اندروود ودويس فرفاين يرقان المولودين واليرقان الذي هو عرض
لا آفة في الكبد وبذا ذلك التمييز على ان الثقل في هذه الحالة الاخيرة يكون بايض
او مصفرا وكذلك الدموع ومستتحيات الافراز المرضية مع ان تلك الصفات
في اليرقان المرضى انما تدل على ان ذلك اقوى درجة لليرقان الاعتيادي ولكن
لا يؤخذ منها فرق قوى بحيث تقتنع منه طرق العلاج وانما يحصل هذا

التنوع

التنوع اذا عرض مرض ثقيل لهؤلاء الاطفال المصابين باليرقان
وعلاج هذا الداء يختلف باختلاف الاسباب المحدثه له فالتشائي من انغماس
الطفل في الماء البارد ومن اول تأثير للهواء فيه يستدعى فقط احياء التنفيس
الجلدي بالذلك اللطيف باليد او بقطعة من الفلاينيل وبالعسلات المتكررة بالعرق
واليرقان التشائي من طول مكث العقي في المعازيرول باول شرب من لبن الام
فاذا اعطى الطفل لمرضعة غريبتجازان يؤمر لتلك المرضعة ببعض محلات
كماء الشعير ليقول قوام لبنها ويصح ان يعطى الطفل مصل اللبن محلي بالعسل
او بشراب الشكوريا المركب او شراب زهر الخوخ الذي يحل منه اوقية
او اوقيتان في مثله من مغلي ويعطى للطفل ملعقة ملعقة بفترات حتى ينزل منه
العقي فاذا كانت المعدة محتوية على مواد منبهة لزم ان يقيأ الطفل بشراب
الايبكا كوانا والعلاج المناسب للقولنج والمغص وتوتر البطن المصاحبة لليرقان
التشنجي في المقدمين في السن هو الاستحمامات الفاترة والكبادات المرخية
والحقن المضادة للتشنج مع مطبوخ الخشخاش والمناسب للتشنجات
والاضطرابات العصبية المتسببة عن حمضية في الطرق الهضمية استعمال
المغنيسيا واما المتسبب عن احتقان الكبد فافوضوا له بالجواهر المرة ونباتات
الطائفة الشكورية ومطبوخ جذر العروق المسهلة المسمى باسيانس ويضمد
المراق الايمن بلب النباتات المحللة كاب النبات المسمى ادريون المسمى ايضا لقت
السيطان والكرمة البيضاء فاذا كان ناشئا من التهاب الكبد شفي بعلاج هذا
الالتهاب وبالجله يعالج اليرقان بعلاج اسبابه المحرثة له

الباب السادس عشر

في المنسوجات الغارضة للمولودين

المنسوجات العارضة الغير المشابهة لما في البنية نادرة جدا في المولودين لان
الظاهر كونها مستتجبات اعتيادية للتنوعات العضوية التي تحملها التغذية
للمنسوج الاعضاء مدة الحياة قال بليارولم اجد الانوعين من المنسوجات
العرضية في جثث المولودين الذين فتحوا على يد الطبيب بارون سنة ١٨٢٦

وهما الاسقيروس والدرن ومن الغرابة انى وجدت الاسقيروس في بعض اعضاء
لم يشاهد فيها الى الان في الكبار البالغين اعنى منسوج القلب وذلك ان طفلا
عمره ثلاثة ايام دخل بيت اللقطاء في الرابع من نوفمبر ومات في اليوم التالي
وما فحنت جثته الا بعد موته باربعة وعشرين ساعة فكان ظاهره سمينا وجلده
بنفسجيا ووجد فيه احتقان ضعفي في القناة المعوية مع سلامة الرئتين وكان
القلب في حجمه الاعتيادي غير ان في جزئه المقدم على الخط الذي بين البطينين
ثلاث نتوات مبيضة مختلفة الحجم مفرطة من الامام ومتقاربة لبعضها جدا
واكبرها حجما هو القريب لقاعدة القلب والمتوسط الحجم يقرب لطرف العضو
وكانه مقطوع من احد حوافه واصغرهما كان بين الاثنين السابقين وهى
مندمجة في سمك جدار البطين الايسر والخارج بين البطينين ووجهها الغائر
بارز من الوجه الباطن لتجويف القلب واذا شقت سمع للمشرط فيها صرير
وتظهر في قطعها الياف متصالبة تصالبا ضيقا منظرها وشكلها يشبهان
ما في المنسوج الاسقيروسي ولكن اذا لامست الحمض الترى يتكرش جوهرها
حالا ويسود ويحصل مثل ذلك ايضا اذا القيت على الفحم المتقد حيث لا تذوب
كما يحصل ذلك في الشحم ولا ينطبع منها نكت على الورق الغير المنشى ولودلك
بها زمان طويل والاجزاء المحيطة بها من منسوج القلب كانت جيدة السلامة
وذلك يحمل على ظن ان هذه الاورام ليست مكوونة من المنسوج الدهني
ولانعرف السبب الذي ينسب له تكونها في هذا الطفل الحامل لها من وقت
الولادة كما هو المجرى به ولا نعرف حالة صحة والدته

الدرن * عندنا امثلة كثيرة شوهد فيها هذا الدرن في اعضاء مختلفة من الجنين
فقد وجد بليار تحبيبات درنية في بريتون طفل مات بعد الولادة باربعة ايام
ووجد في اثنين ما عند الولادة استعالات درنية واضحة لبعض عقد من عقد
الماسار يقا ووجدت تلك العقد ايضا يابسة او دهنية اى خنازيرية في اجنة
سواء ولدوا من امهات مزاجهم خنازيرى اولا ولا يندر مشاهدة التحبيبات
الدربية في الطحال والكبد والرئة للمولودين وشوهد درن الرئة في اطفال ما نوا

عند الولادة او ولدوا قبل استيفاء مدة حملهم وشوهد لين درن الرثة وتقيحه
 في طفل مات في السابع من حمله مع ان امه كانت جيدة الصحة غير مصابة بالسل
 وشوهد درن الكبد في طفل آخر لم يعش الا ثمانية ايام وقال بليار رأيت
 اربع حالات من الدرن الرثوى في اطفال ماتوا في سن شهر وشهرين وثلاثة اشهر
 وخمسة اشهر وكاهم زمن الولادة كانوا في حالة خصبة وسمن بحيث لا يظن
 فيهم تغير عضوى ثم اخذوا في السقوط والهبوط شيئا فشيئا وانتفخت بطونهم
 وتغير صياحهم وفي اثنين منهم لم تسمع بالقرع الرثائية الاعتيادية لهذا السن
 في الرثة وتلك الحالة حملت بارون على ظن وجود درن في الرثة وكان الامر كذلك
 ولم يوجد في واحد منهم اعراض من الاعراض الخاصة بالسل عند البالغين
 كالنزلة الشعبية والنزف الرثوى والعرق والاسهال المحلل وانما كان واحد منهم
 فقط مصابا باسهال كثير فوجدت فيه الغدد الماسارية مصابة بالتدرن
 ووجدت في امعاء واحد قروح جراحية وهو الذي عمره خمسة اشهر وواحد منهم كان
 معه مدة ثلاثة ايام اعراض يظن منها وجود ذبحة خنجرية شديدة جدا ومات
 بالاختناق ولما فحنت جثته وجدت حالة القصبة والشعب والرئين ماسيذكر
 وهوان البلورا الضلعية والرئوية منتشرة فيها عدد كثير من تحبيبات بيضاء بارزة
 قليلا وكانت الخنجرية والقصبة سليمتين والشعب محتوية في اصولها على بعض
 مخاط رغوى والشعبة اليسرى ممتلئة بسائل مخين قيحي ويوجد في اصل
 الرئة اليسرى كتلة درنية غير منتظمة وفي حالة جفة وضاعطة بنموها على الشعبة
 المحاذية لها بحيث صيرتها مفرطحة وعسر مرور الهواء منها والغشاء الباطن
 لهذه الشعبة لم يكن احمر منتفخا الا في محاذاة الجزء المتضائق وكان منسوج
 الرئة مبيضا مسترخيا كأنه ذابل وفروعها الشعبية هابطة على نفسها
 والرئة الاخرى يسهل نفوذ الهواء منها ومنظرها جيد السلامة وانما يتشرب
 في منسوجها بعض تحبيبات صغيرة درنية مبيضة شفاقة ثم قال بليار والدرن
 الرثوى كان غالبا في الاطفال الذين شرحتهم بتشديد الرئة على شكل تحبيبات
 شفاقة صغيرة مستديرة منتشرة على سطح الرثة وفي منسوجها سواء في الاطراف

الاحيرة الشعبية او في المسافات الفاصلة بينها واما الدرن الذي اخذ في التقدم عن ذلك واصيب بالتقيح فكان في اصول الشعب او على طول القصبة الرئوية فاذن يظهر بمقتضى ذلك ان الاستحالة الدرينية للعقد اللينفاوية الموضوعة في اصل الرئين اقرب القروع الشعبية تحصل اولا ولا يظهر الدرن الرئوى الا تابعاً لهذه الاستحالة ويصح بمقتضى ذلك ان يكون الدرن الرئوى قائماً في الابتداء من تحببات صغيرة تكون اولاً شفافة لينية ولكن بتضاعفها وتقاربها وتراكمها تقوم منها الكتل الدرينية التي نجدناها في الرئين في سن متقدم وانضج لنا من هيئة هذا الدرن الرئوى الذي هو اكثر حصولاً من غيره في ابتداء الحياة الهيئة الاصلية لهذا الدرن في منسوج الرئين انتهى

الباب السابع عشر في تغيرات الدم في المولودين

قال بليار شاهدة تغيرات في الدم واضح الصفات في جنث ثلاثة اطفال ماتوا عند الولادة وكانوا في حالة فساد عام لا اعلم سببه ولم يتيسر لنا معرفة الحالة التي كانت عليها الام وقت الولادة اذ لا يشك في ان صحة الام تؤثر مباشرة في صحة الطفل وامثلة ذلك كثيرة ثابتة من زمن طويل ويمكن ان تكون الحالة التي نحن بصددنا من هذا القبيل كيف لا وقد ذكر في بعض الوقائع الطبية مشاهدة فساد في الدم معصوب بنخس عام في امرأة ماتت بعد كان اشهر رحلها وكانت حالة جنينها الذي في رحمها ماسيذكر وهوانه كان مغطى كالعادة بطلاء جبني غير ان البشرة ازيلت من اليدين والرجلين والصفن ولم يوجد في شيء من جسمه كدم اصلاً وكان المحج محتقناً بدم سائل مائي وتنتشر في الرئين نكت حمر كروم الدياميس ومثل ذلك ايضا التامور والقلب واصول الاوعية الغليظة وكانت الكبد والطحال والقناة المعوية والكليتان والمثانة في الحالة الطبيعية وكان الدم الذي يسيل من جميع الاجزاء عند شقها كالمحتوية عليه ايضا اوعية الام والجنين سائلاً بنفصجياً شبيهاً باللعل المحلول في ماء كثير ولم يوجد فيه اصلاً ادى خلطة دموية منجدة ثم اقول جميع الحوادث الواقعية التي اشتهرت

في هذه الازمنة الاخيرة على تغير السائلات في الامراض لم يؤخذ منها بيان
تعليمي صحيح وبكفي ان اذكر ما شاهدته في ذلك عسى ان ينفع في شرح امراض

السائلات

فقد شاهدت في ثمانية اطفال لم يعيشوا زيادة عن احد عشر يوما وبالثبات
رئوية ومعدية معوية فقدا كلياً اللون الحثمة معجوباً بفصول تام بدون فساد
في الجلد ولا في البشرة فاذا شق جزء من اجزاء الجسم سال منه بكثرة دم سائل
قليل الامتزاج يعضه ولونه يكون الشكولا وكان الغشاء المخاطي للقناة الهضمية
لمعظم هؤلاء الاطفال فاقدا للونه ايضا وفيه اللون الابيض الذي شرحناه
في امراض القناة الهضمية وكانت الكبد محتقنة بدم سائل شبيه في اللون
بلون الجلد والرئتان فاقتديتا للونهما وليقتين ومحتويتين على مثل هذا السائل
وكان القلب باهت اللون هابطا على نفسه وفيه ذلك الاحتقان ايضا والفتحات
الجينية كانت مفسدة في معظم الاطفال ومنهم من كان مخه متين القوام بدون
احتقان وفي اكثرهم كان لنا وفي اثنين منهم كان فاسدا تنتشر منه رائحة
الادر وجين المكبرت ووجدت الكبد في اربعة اطفال لينة ايضا وتنتشر منها
تلك الرائحة واما الصفراء فما رأيت فيها شيئا مخصوصا وانما جميع المنسوجات
كانت عظيمة الاعتبار بلينها وهبوطها على نفسها وقربها للفساد الرمي الحقيقي
وفي كثير منهم كانت الاعشية اذيناوية والجلد مبيضا باض الشمع اى عديم
الحيوانية وكان مع جميعهم قبل الموت سقوط تام للقوى واضح وبطى زائد
في الدورة وكان صياحهم ضعيفا يعلن بالموت وصدرهم يعسر انساخه وييقون
يومين او ثلاثة في حالة شبيهة بالترع وانتهت بالموت بدون ان تظهر فيهم اعراض
مخصوصة غير ذلك فيظهر ان موت هؤلاء الاطفال كان متسببا عن فساد
ذاتي للسائلات والجامدات لاعن تقدم مرض التهابي او آفة عضوية فيهم
افلا يكون مثل هذا الموت الناشئ عن الفساد كمثل التحليل الذي يذبل النباتات
ويفسدها والتغيرات التي تعرض في باطن اعضاء الكائنات الممتعة بالحياة
الجيدة وعند موتهم توجد معهم اعراض التأثر والافعال الذي نعتبره كانه

تجربة مقالة واقعة بين الحياة والموت وامراض اعضاء الدم في الاطفال
لا تختلف عن ما في النكاح البالغين فلا حاجة لذكر شئ منها في امراض
الاطفال

ولنظم بذلك هذا الكتاب وتبعه ان شاء الله تعالى بكتاب آخر لطيف يكون
كالتمهله في تشوهات المفاصل والعظام وتنزيل صناعة التعديل عليها مع بقة
في التشوهات الخلقية عموما وخاصة تستعمل على فوائد طبية سياسية في قابلية
المولودين للمعيشة باعتبار حالتها مع امراضهم نسأل الله تعالى ان يعيننا
على ذلك ونضمه ان شاء الله مع امراض الجلد في مجلد واحد تابع على
الاثر لهذا الكتاب الذي به تم كتاب امراض النفس والاطفال القائم
من مجلدين احدهما في خصوص امراض النساء وسميناه بجمعة
الروسا والثاني في خصوص امراض الاطفال وسميناه

نزهة الاقبال والحمد لله على التمام والسكال

واصلى واسلم على من انتخبه من اشرف

القبائل وحلى ظاهره وباطنه

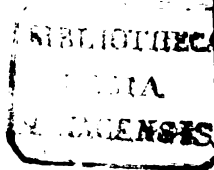
بارك في شيم الفضائل وعلى آله

الطاهرين واصحابه

الطيبين

تم

وكان الفراغ من تمام طبعه بدار الطباعة العامرة المنشأة بيولا ق مصر
القاهرة ادام الله عز مفشيها ومشيد مبانيها صاحب السعادة لا يديبة
والهمة العمرية والعز والفخر العلي الحاج محمد علي وذلك في سلخ شهر
رجب سنة ثمانية من الهجرة النبوية على صاحبها افضل الصلاة
وازكى التحية



A. or. 392 . 4°

(2)

Ahmed



110

Arabe (Maladies Des
enfants

N. 10449

